



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT SELKÄKIVUN KROONISTUMISEN TAUSTALLA

Kirjallisuuskatsaus

Anna Hyyrynen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HYYRYNEN, ANNA:

Psykososiaaliset tekijät selkä kivun kroonistumisen taustalla
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Lokakuu 2015

Selkäkipu on yleinen oire ja selkä kivun kroonistuminen aiheuttaa poissaoloja töistä, turhaa kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Selkä kivun kroonistumisen tiedetään olevan monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat monet tekijät. Selkäkipu voidaan ymmärtää biopsykososiaalisesta viitekehystä käsin monimuotoisena tilana, jossa psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli hankkia tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat määrittämättömä selkäkipua potevan kipuongelmaan. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmiä soveltaen tutkittiin, minkälaiset psykososiaaliset tekijät vaikuttavat selkä kivun kroonistumiseen. Lisäksi saatiin laadullista tietoa siitä, miten selkäkipu on vaikuttanut selkäkipua potevien elämään ja mistä keinoista he ovat saaneet apua selkäkipuunsa. Tavoitteena oli koota tietoa hoitotyön opiskelijoille ja tätä kautta lisätä myös heidän valmiuksiaan ohjata potilaita selkä kivun hoidossa, kun he kohtaavat näitä potilaita käytännön harjoittelujaksoillaan.

Tutkimusaineisto muodostui viidestä vuonna 2010–2015 ilmestyneestä kansainvälisestä tutkimuksesta. Tiedonhaku kohdistui Cinahl-, PubMed-, Medic- ja Ovid Medline- tietokantoihin. Nämä viisi tutkimusartikkelia analysoitiin aineistolähtöisen analyysin menetelmää käyttäen. Analyysissä muodostui kolme kategoriaa, jotka olivat selkä kivun kroonistumiseen vaikuttavat tekijät, selkä kivun vaikutukset arjessa ja selkä kivun paranemiseen vaikuttavat tekijät.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi vahvisti, että psykososiaaliset tekijät vaikuttavat merkittävästi selkä kivun kroonistumiseen. Oppimistapahtumat eli keinot selviytyä kivun kanssa, ajatukset ja tunteet, työ ja perhe sekä hoito-organisaatio vaikuttavat selkäkipua potevan kipuongelmaan. Tulosten pohjalta suositellaan, että potilaan tilannetta kuunnellaan tarkemmin. Hoitajan tulee auttaa selvittämään, mitkä ovat todelliset syyt selkä kivun takana. Potilasta tulee auttaa ymmärtämään, mitä tekijät hänen elämässään vaikuttavat selkä kivun kokemiseen ja kuinka näihin tekijöihin voi vaikuttaa. Selkä kivun oireenmukainen hoito ei riitä, vaan kyse on potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta, jossa täytyy huomioida psyykkiset, sosiaaliset ja fyysiset tekijät selkä kivun taustalla.

Asiasanat: selkäkipu, krooninen kipu, psykososiaaliset tekijät, psykosomatiikka

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HYRYNEN, ANNA:

Psychosocial Factors in the Background of Chronicity of Back Pain
Literature Review

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 7 pages
October 2015

The purpose of this study was to investigate factors affecting the pain problem of a person suffering from back pain. The factors affecting the chronicity of back pain were examined by means of a literature review. Besides, qualitative data were gathered on the influences of back pain on ones' daily lives, as well as on factors contributing to coping with the back pain. The aim was to gather information for the nursing students who may meet these patients during their clinical training periods.

The study sample consisted of five research articles which all were international and published during 2010–2015. Cinahl, PubMed, Medic and Ovid Medline databases were systematically explored. These five researches were analyzed using qualitative content analysis. In the process of the analysis three categories were formed: factors influencing the chronicity of back pain, influences of back pain in the daily lives and factors influencing recovery.

Psychosocial factors influence significantly the chronicity of back pain. The pain problem of the person with back pain is affected by learning processes, thoughts and feelings, work and family and the health care. Back pain can be understood through the biopsychosocial paradigm as a complex premise in which psychological, physical and social dimensions are in constant interaction with each other. The findings imply that the one's suffering from back pain need help to understand the factors affecting the chronicity of the back pain. By interfering these factors, one can live more wholesome life. Treating the back pain only as a symptom isn't enough, one needs to take on account the psychological, social and physical factors that affect the back pain in the patient's life.

Key words: back pain, chronic pain, psychosocial factors, psychosomatic medicine

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Psykosomatiikka	7
3.2	Selkävivun kokemiseen liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä.....	8
3.2.1	Oppimistapahtumat	9
3.2.2	Ajatukset ja tunteet.....	9
3.2.3	Työ ja perhe.....	11
3.2.4	Hoito-organisaatio.....	12
3.3	Kipu	12
3.3.1	Kivun luokittelu	13
3.3.2	Kivun kroonistuminen.....	14
3.3.3	Krooninen määrittämätön selkäkipu	15
3.3.4	Selkävivun hoitomenetelmistä	15
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	18
4.2	Tiedonhaunprosessi	19
4.3	Tietokantahaut	22
4.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	23
5	TULOKSET	24
5.1	Selkävivun kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä	24
5.2	Selkävivun vaikutuksia arjessa	27
5.3	Selkävivun paranemiseen vaikuttavia tekijöitä.....	28
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	29
6.1	Eettisyys opinnäytetyössä	29
6.2	Laadun ja luotettavuuden tarkastelu	30
6.3	Tulosten tarkastelu	32
6.4	Kehittämisehdotukset.....	34
6.5	Opinnäytetyöprosessista	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	41
	Liite 1. Tietokantahaut	41
	Liite 2. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit.....	42
	Liite 3. Määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit.....	43
	Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen laadunarviointikriteerit	44
	Liite 5. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset	45

1 JOHDANTO

Selkäkipu on yleinen oire, johon terveydenhuollon ammattilainen törmää usein. Suomessa jopa 40 prosenttia terveystieteiden tutkimuksista liittyy kipuun ja miljoonaa suomalaista kärsii kroonisesta kivusta (Suomen kipu ry 2014, 2-4). Terveystieteiden tutkimuksissa tutkittavista lähes 80 prosenttia kaikissa ikäryhmissä vastasivat kokeneensa selkäkipua joskus viimeisen kuukauden aikana (Kansanterveyslaitos 2002, 48).

Kyseessä on monin tavoin vaikuttava terveyshaitta, joka maksaa yhteiskunnalle ja kuormittaa potilasta kuin yhteiskuntaa. Esimerkiksi vuonna 2012 Suomessa kustannettiin lähes 120 miljoonaa euroa selkäkipujen ja selkäsairauksien hoidoista, ja vuonna 2012 työkyvyttömyyseläkkeellä oli selkäsairauksien takia lähes 30 000 henkilöä, mikä maksoi yhteiskunnalle noin 350 miljoonaa euroa. (Suomen kipu ry 2014, 2-4.)

Tutkiva journalisti Anna-Stiina Nykänen kirjoittaa Helsingin Sanomien artikkelissa, että lähes 90 prosenttia selkäkivuista kestää muutamista päivistä viikkoihin ja menee ohi itsestään. Osalla selkäkipu kuitenkin kroonistuu ja haitat kasvavat. Mikäli selkäkipua poteva joutuu jäämään töistä pois yli kolmeksi kuukaudeksi, tiedetään työhön paluun olevan jo selkeästi vaikeampaa. Vuoden sairastamisen jälkeen enemmistö ei Nykäsen mukaan pala enää töihin. Merkittävää on myös se, että suurin osa selkäkivuista on sellaisia, ettei niihin löydetä lääketieteellistä syytä. Tällöin puhutaan epäspesifistä eli määrittämättömästä selkäkivusta, joka nähdään toiminnallisena vaivana. (Nykänen 2014, 4.)

Tässä teoreettisessa opinnäytetyössä tutkin kirjallisuuskatsauksen avulla, mitkä tekijät vaikuttavat selkäkipua potevan kipuongelmaan. Tulemalla tietoiseksi näistä tekijöistä voi tulevat hoitotyön ammattilaiset paremmin kohdata ja auttaa potilasta, joka kärsii selkäkivusta ja näin ollen vähentää riskiä selkäkivun kroonistumiselle. Opinnäytetyön aihe tilattiin TAMK:n mielenterveys- ja päihdehoitotyön opettajien taholta. Psykosomatiikan alueelta toivottiin opinnäytetöitä. Tässä opinnäytetyössä psykosomatiikka näkyy selkäkivun tutkimisena biopsykososiaalisesta viitekehyksestä käsin. Selkäkivun syynä ymmärretään olevan erilaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia tekijöitä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

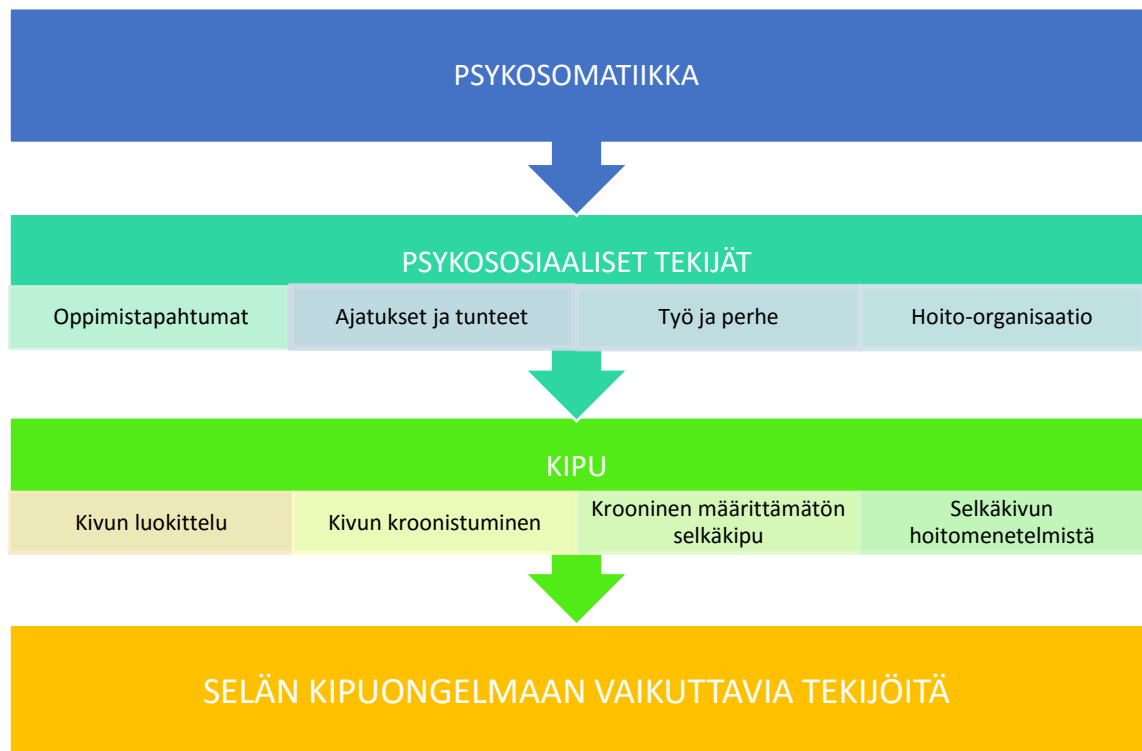
Tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, mitkä tekijät vaikuttavat selkäkipua potevan kipuongelmaan. Tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaiset psykososiaaliset tekijät vaikuttavat selkä kivun kroonistumiseen?
2. Miten selkäkipu on vaikuttanut potilaiden elämään?
3. Mistä on ollut apua selkä kivun kanssa selviytymisessä?

Tavoitteena on koota tietoa hoitotyön opiskelijoille ja tätä kautta lisätä myös heidän valmiuksiaan ohjata potilaita selkä kivun hoidossa, kun he kohtaavat näitä potilaita käytännön harjoittelujaksoillaan.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä psykosomatiikka ja biopsykososiaalinen viitekehys on otettu selkävun tutkimisen näkökulmaksi. Biopsykososiaalinen viitekehys ymmärtää kivun monimuotoisena niin, että kivun kokemiseen ja sen kroonistumiseen vaikuttavat erilaiset psykologiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Psykosomatiikka

Psykosomatiikka on lääketieteen ala, jota kuvataan nykyaikaiseksi, kokonaisvaltaiseksi ja monipuoliseksi viitekehykseksi. Psykosomatiikka tutkii sairautta ja terveyttä psykologisten, sosiaalisten ja fyysisten tekijöiden kautta. Ruumiin toimintojen, tunteiden, motivaation, ajatusten ja sosiaalisten suhteiden katsotaan olevan vuorovaikutuksessa keskenään, ja vuorovaikutukselle tyypillisesti asemat muuttuvat. Tekijät ovat jatkuvassa muutoksessa ja muodostavat näin dynaamisen kokonaisuuden. (Estlander 2003, 33; Adams, Poole & Richardson 2005, 290–291; Gatchel, Bo Peng, Peters, Fuchs, Turk 2007, 607; Karlsson 2008, 673; New Zealand Acute Low Back Pain Guide 2014, 49.)

Psykosomatiikka pitää sisällään biopsykososiaalisen viitekehyksen. Biopsykososiaalinen lähestymistapa kivun hoidossa ottaa laajemmin huomioon erilaiset tekijät kivun tarkastelussa. Biomedikaalinen eli lääketieteellinen viitekehys tarkastelee kipua elimellisenä häiriönä tai vammasta johtuvana tilana. (Estlander 2003, 40.)

Biopsykososiaalisessa viitekehyksessä ihmisen terveys ja sairaus nähdään monitasoisesti. Nämä tasot muodostuvat ruumiin toiminnoista, motivaatiosta, ajatuksista ja sosiaalisista suhteista. Kyseessä on siis yksi kivun ymmärtämisen ja jäsentämisen viitekehys, jossa korostuu kivun monimuotoisuus ja dynaamisuus. (Estlander 2003, 33; Vainio 2009, 26.)

3.2 Selkäkivun kokemiseen liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä

Psykososiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan potilaan kipuun liittämiä käsityksiä ja tulkintoja sekä emotionaalisia tekijöitä ja läheisiin sekä hoitohenkilökuntaan liittyviä tekijöitä. Nämä yhdessä biologisten tekijöiden kanssa vaikuttavat kivun kokemiseen ja ilmaisuun. Potilaan elämäntilanne ja elämänhistoria, yhteiskunta ja kulttuuri sekä terveydenhuolto antavat tälle vuorovaikutukselle kontekstin. (Adams, Poole & Richardson 2005, 290–291; Gatchel ym. 2007, 599; Elomaa & Estlander 2009, 110; Gray & Howe 2013, 379–395.)

Psykososiaaliin riskitekijöihin kohdistuvia tutkimuksia on julkaistu paljon ja psykososiaalisten riskitekijöiden vaikutus kivun kroonistumiselle on todettu olevan jopa suurempi kuin fysiologisten tekijöiden. Kipeytymisen pelko, katastrofijattelu ja psyykkinen rasittuneisuus ennustavat tutkimusten mukaan kivun kroonistumista potilailla, jotka kärsivät selkäkivusta. (Adams ym. 2002, 71–73; Elomaa & Estlander 2009, 109; Syahnaz ym. 2010, 235; Gray & Howe 2013, 379–395.)

Lääketieteellisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä keltaiset liput, joilla tarkoitetaan selkäkipuun vaikuttavia psykososiaalisia tekijöitä. Kyseessä on Uudessa-Seelannista lähtöisin oleva malli, joka pohjautuu tutkittuun tietoon. Malli pitää sisällään neljä kategoriaa: keltaiset-, mustat-, siniset- ja punaiset liput. Jos tutkittavalla potilaalla on oireita, jotka viittaavat esimerkiksi ratsupaikkaoireyhtymään tai välilevytyrään, käytetään termiä punaiset liput. Sinisillä lipuilla tarkoitetaan työhön liittyviä riskitekijöitä, kuten ergonomisia

tekijöitä. Mustilla lipuilla kuvataan työlaainsäädäntöä. Mallin tarkoitus on tarjota systemaattinen alaselkäkipujen arviointi- ja hoitomalli. Malli on suunnattu erityisesti lääkäreille konkreettiseksi diagnostiseksi tueksi. (Ojala 2008, 38–39; Nicholas, Linton, Watson & Main 2011; Gray & Howe 2013, 379–381; Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus 2014; New Zealand Acute Low Back Pain Guide 2014, 26, 62.)

3.2.1 Oppimistapahtumat

Tässä opinnäytetyössä oppimistapahtumilla tarkoitetaan opittuja tapoja, joilla potilas pyrkii selviytymään kipunsa kanssa. Keinot selviytyä kivun tunteen kanssa, kuten pitkittynyt lepo, kivun varominen ja lääkkeisiin jatkuvasti turvautuminen voivat pitkään jatkuessaan muodostua kipuongelmaa ylläpitäviksi. Kipukäyttäytymistä voivat ylläpitää erilaiset seuraamukset, kuten toisilta saatu ylimääräinen huolehtiminen. Potilas voi korostaa myös kipuaan, jos hän kokee, etteivät läheiset ja hoitohenkilökunta usko hänen kipuaan. (Elomaa & Estlander 2009, 110.)

Oppimistapahtumiin liittyy ehdollistumistapahtumien vaikutus. Ehdollistumisoppimisella tarkoitetaan sitä, että potilas voi olla kipeytynyt fyysisen rasituksen yhteydessä ja kipu on voinut ehdollistua tähän tapahtumaan. Tällöin jo rasisitustilanteen ajattelemisen voi itsessään laukaista fyysisen lihasjännitystilän, ja ahdistuksen myötä lisätä kivun kokemista. (Elomaa & Estlander 2009, 110–111; Kalso ym. 2009, 106; Syahnaz ym. 2010, 235–236.)

3.2.2 Ajatukset ja tunteet

Ajatuksilla ja tunteilla on suuri merkitys sille kuinka ihminen kokee maailmansa. Potilaan tilanteelleen ja kivulleen antamalla merkityksillä, tulkinnoilla ja tunteilla on selkeä yhteys kipukäyttäytymiseen. Esimerkiksi selkäkipua poteva potilas voi ajatella liikkumisen pahentavan kipuja, joka johtaa aktiivisuuden vähenemiseen ja pidempään jatkuessaan vaikuttaa fysiologisesti potilaan toimintakykyyn heikentävästi. (Salanterä ym. 2006, 54–60; Ojala 2008, 40–42; Elomaa & Estlander 2009, 111.)

Pelko-välttämiskäyttäytymisen on todettu olevan merkittävä tekijä selkäkivun kroonistumisessa. Potilas voi ajatella esimerkiksi, että hänen tulisi olla täysin oireeton ennen kuin hänen toimintakykynsä voi palautua. Potilaan kroonisen kivun hallintayritykset voivat kuluttaa potilaan voimavaroja ja aikaa. Potilas voi myös kokea esimerkiksi, että hänen elämänsä keskittyy kokonaan yrityksiin pitää kipunsa hallinnassa sen sijaan, että hän pyrkisi elämään täysipainoista elämää kivustaan huolimatta. Tällaisen ajattelun taustalla on välttämistä ylläpitävät käsitykset, jotka muodostuvat kuntoutumista estäviksi tekijöiksi. (Salanterä ym. 2006, 148–151; Elomaa & Estlander 2008, 111.)

Tapio Ojala on katsauksessaan (2008) Kroonisen kivun sietämätön hyväksyntä kirjoittanut havainnollistavasti pelko-välttämiskäyttäytymisen mallista. Lähtökohtana on, että pelko liittyy kivun kokemukseen. Kivun kokija miettii, miten kestää tulevan kivun. Tästä näkyvänä on kokijan oppima malli, jossa hän välttää niitä tilanteita, joissa on kohdannut kipua. Tästä syystä fyysinen aktiivisuus vähenee ja näin kivun kokija on ajautunut itseään ylläpitävään kierteeseen. Tällainen kierre altistaa tutkimusten mukaan depressiolle ja toimintakyvyttömyydelle. Kaikki lähtee siis liikkeelle kivun tulkinnasta. Toimintakykyä ylläpitävä tulkinta on, että kipu tulee kohdata ja pysyä aktiivisena päivittäin. (Waddell 2004, 225–228; Ojala 2008, 40–42.)

Kivun kokemiseen liittyy usein ahdistusta ja pelkoa. Ahdistuneisuus voi ilmetä hermostuneisuutena, hätäntyneisyytenä tai huolestuneisuutena. Ahdistuneisuus voi liittyä taas virheellisiin käsityksiin, pessimistisiin uskomuksiin tai puutteellisiin tietoihin kivusta ja sen syistä. Potilas voi myös pelätä vakavampaa sairautta ja oireiden hallitsemattomuutta. Potilas voi olla korostuneen tietoinen somaattisista eli fyysisistä tuntemuksistaan ja tulkita ne häntä uhkaaviksi. (Waddell 2004, 211; Gatchel ym. 2007, 599; Elomaa & Estlander 2009, 111.)

Tutkimuksissa on osoitettu toistuvasti, että katastrofiajattelu vaikuttaa selkäkipupotilaiden toimintakyvyn heikkenemiseen ja selkäkivun kroonistumiseen jopa enemmän kuin fysiologiset tekijät. Katastrofiajattelulla tarkoitetaan taipumusta hätäntyä kivusta sekä kivun vaikutusten ja kontrolloimattomuuden korostamista, avuttomuutta ja kielteistä suhtautumista omiin selviytymiskykyihin. Katastrofiajattelu syntyy potilaan ongelmallisista käsityksistä ja tulkinnoista liittyen hänen kipuunsa. (Adams, Poole & Richardson 2005, 293; Ojala 2008, 42; Elomaa & Estlander 2009, 111; Granström 2010, 49–50.) Hyvä ja

luottamuksellinen suhde vähentää potilaan katastrofiajattelua. Auttajan rauhallinen, kannustava ja empaattinen suhtautuminen sekä riittävä informaatio tukevat potilaan koherenssein eli hallinnan tunnetta. (Elomaa & Estlander 2009, 111–112.)

Potilaan hallinta- ja pystyvyyskäsitykset vaikuttavatkin paljon siihen, kroonistuuko selkäkipu. Näillä käsityksillä tarkoitetaan potilaan uskomuksia siitä, miten hän uskoo pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä ja tässä tapauksessa selkäkipuunsa. Aktiiviset, ongelmanratkaisuun keskittyvät kivunhallintakeinot, muutosvalmiuden ja kivun hyväksymisen tiedetään liittyvän vähäisempään kipuongelmaan. (Adams, Poole & Richardson 2005, 293; Elomaa & Estlander 2009, 112.)

3.2.3 Työ ja perhe

Työllä on yleisesti suuri merkitys monille. Työ muun muassa rytmittää elämää, antaa tekijälleen itseluottamusta, osaamisen tunnetta ja tasapainottaa arkea. Kivun takia töistä poisjääminen voi olla erityisen kova paikka heille, joiden elämässä työllä on ollut suurempi merkitys. Jotkut esimerkiksi kamppailevat viimeiseen asti pystyäkseen jatkamaan työssäkäyntiä ja käyttävät vapaa-aikansa leppäämiseen jaksakseen taas uuden työpäivän. Ammatti voi olla potilaan yksi merkittävimmistä identiteetin osista, ja esimerkiksi yrittäjän voi olla hyvin vaikea luopua työstään kipujensa, mutta myös käytännön järjestelyiden vuoksi. (Waddell 2004, 250; Granström 2010, 80–81; Gray & Howe 2013, 380.)

Tutkimuksissa on todettu, että työpaikalla sosiaalisen tuen puute vaikuttaa yhtenä tekijänä heikentävästi työntekijän selkäkipuun. Vahvaa näyttöä on siitä, että työntekijöiden oletukset kyvystään palata töihin ja kuntoutua vaikuttavat paljon selkäkivusta paranemisessa. Työpaikalla vaativa ja tukea antamaton ympäristö vaikuttavat kielteisesti selkäkivusta kuntoutumiseen. (Adams ym. 2002, 72; Waddell 2004, 106–107; Elomaa & Estlander 2009, 122; Nicholas ym. 2011, 739; Gray & Howe 2013, 380.)

Kotona potilaan läheisten käsitykset kivusta ja suhtautuminen kipuongelmaan vaikuttavat selkäkivusta kuntoutumiseen. Potilaan läheinen voi myös tehdä karhunpalveluksen omalla auttavaisuudellaan estäen potilasta tekemään asioita, joihin hän pystyisi. (Waddell 2004, 248; Elomaa & Estlander 2009, 112; Granström 2010, 78.) Läheinen voi myös päinvastaisesti olla haluton kuulemaan selkäkivusta kärsivää ja näin vähätellä selkäkipua

potevan oireita. Erilaiset kuormitustekijät perheessä ja parisuhteessa kuluttavat potilaan voimavaroja. (Waddell 2004, 248; Elomaa & Estlander 2009, 112.)

3.2.4 Hoito-organisaatio

Selän kipuongelmaan voivat vaikuttaa kielteisesti jotkin hoito-organisaatioon liittyvät tekijät. Näillä tekijöillä tarkoitetaan resurssien puutetta, hoidon jatkumattomuutta, eri hoitotahojen välisiä yhteistyöongelmia ja huonosti suunniteltua hoitoa. Nämä tekijät vaikuttavat pitkittävästi potilaan selkävun jatkumiseen. Tutkimuksissa on tullut myös esille, ettei akuutin selkävun hoitosuosituksia aina noudateta. (Elomaa & Estlander 2009, 112.)

Auttajat voivat tahtomattaan myös vahvistaa kipuongelmaa. Kuten potilaiden omat uskomukset, asenteet ja tunteet niin myös hoitohenkilökunnan uskomukset, asenteet ja tunteet vaikuttavat selkävun kroonistumiseen. (Elomaa & Estlander 2009, 112.) Terveystieteiden tutkimuksissa toimivien omien pelko-välttämisyhteisöjen on todettu vaikuttavan potilaan kipuongelmaan. Voimakasta pelkoa kokevien lääkäreiden on tutkimuksissa huomattu suosittavan jopa enemmän lepoa akuutin selkävun hoidossa. (Hagelberg & Valjakka 2008, 1612.)

Toistuvat ja epäonnistuneet hoitoyritykset, tarpeettomat tutkimukset sekä epämääräiset ja ristiriitaiset selitykset kivusta kuormittavat potilasta ja altistavat selkävun kroonistumiselle. Kivun akuuttivaiheessa potilaan kipuunsa liittämien käsitysten selvittely ja virheellisten tai puutteellisten käsitysten korjaaminen on tärkeää. Potilaalle tulee selvittää selkeästi kivun mekanismeja ja mitkä tekijät vaikuttavat kivun kokemiseen ja sen kroonistumiseen. (Elomaa & Estlander 2009, 112.)

3.3 Kipu

Kirjallisuudessa kipu kuvataan eri tavoin. Kipu voi tarkoittaa lähteestä riippuen tunnetta, kokemusta, elämystä tai aistimusta. Kipu voidaan nähdä myös pelkästään patologisena

tilana tarkoittaen, että kipu on sairauden ilmentymä. Kivulla voidaan myös kuvata tunnetta, psyykkistä kärsimystä, johon voi liittyä kudосvaurio tai sairaus. (Estlander 2003, 11–12.)

Tässä opinnäytetyössä kipu ymmärretään epämiellyttäväksi kokemukseksi, johon ei liity kudосvauriota tai sen uhkaa. Kipuaisti on vaarasta hälyttävä järjestelmä, jossa tapahtuu säätelyä kaikilla tasoilla kipuhermopäätteestä aivojen tulkinta-alueille. Psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, odotukset, tunteet, kokemukset ja opitut käyttäytymismallit vaikuttavat kivun kokemiseen. (Pakkala 2008b, 1; IASP 2012; Ojala 2015, 15–16.) Tähän määritelmään kiteytyy myös kivun funktio, joka on varoittaa kudосvauriosta sekä kipukokemuksen kaksi osatekijää eli tunto ja tunne (Estlander 2003, 12; Granström 2010, 14).

Kivun kokemukseen liittyy usein myös pelko. Pelko voi olla kielteistä, kuten silloin jos huomaa tapaturmassa satuttaneensa kätensä pahasti. Kipu voi myös olla myönteistä, kun huomaa esimerkiksi jalkansa puutumisen jälkeen tunnon palautuvan hiljalleen pistelynä raajassa. (Granström 2010, 15.)

3.3.1 Kivun luokittelu

Kipua voidaan luokitella monin tavoin. Käytössä ei ole yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä luokitusta. Kivun luokitteluperusteet muuttuvat jatkuvan tutkimustiedon pohjalta. Perinteisesti kivun luokittelu on perustunut anatomiaan, kivun sijaintiin ja kivun kestoon. Kipu voidaan luokitella sen aiheuttajan mukaan, esimerkiksi puhutaan syöpä- tai synnytyskivusta. Luokittelu voi myös perustua kivun patofysiologiseen mekanismiin, jolla tarkoitetaan, että kipu voi johtua esimerkiksi hermo- tai kudосvauriosta. (Estlander 2003, 14–15.)

Kipu voidaan lajitella myös sen keston mukaan. Tyypillisesti kivun hoitoa käsittelevissä kirjoissa puhutaan akuutista ja kroonisesta kivusta. (Vainio 2009, 16; Granström 2010, 14; Ojala 2015, 23.) Akuutti kipu kuvataan sellaiseksi, joka johtuu elimellisestä tekijästä, kuten haavasta tai luunmurtumasta. Akuutti kipu biologiseltaan merkitykseltään on taroituksenmukainen reaktio, joka varoittaa ja suojelee ihmistä. Akuutti kipu helpottuu kudосen paranemisen myötä, kun taas kroonistuessaan kipu jatkuu kudосessa tavallista paranemisaikaa pidempään. (Ojala 2008, 35, 45; Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 104–106; Vainio 2009, 15–16; Ojala 2015, 23.)

Kipu voi myös olla jaksottaista. Jaksottaisella kivulla tarkoitetaan, että ihmisellä voi olla kivun kanssa täysin tai lähes oireettomia kausia ja välillä kivun pahenemisjaksoja. Tällaisten kiputilojen uusiutumismekanismit ovat yhä tutkimuksen alla. Subakuutista kivusta puhuttaessa tarkoitetaan kipua, joka on jatkunut yli kuusi viikkoa, mutta on alle kroonisen kivun aikarajan. (Estlander 2003, 17.)

Kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka jatkuu tavallisen kudosvaurion paranemisajan jälkeen. Kirjallisuudessa tämä aikaraja on vaihteleva, yleisin käytetty raja on 3-6 kuukautta. Kroonisessa kivussa taustalla voi olla keskushermoston kivunsäätelymekanismien vika, ns. väärä hälytys tai viestityshäiriö, jota erilaiset tekijät ylläpitävät. (Estlander 2003, 17; Vainio 2009, 15–16.)

3.3.2 Kivun kroonistuminen

Kivun kroonistumisella tarkoitetaan tekijöitä, jotka osaltaan vaikuttavat kivun kroonistumiseen. Kroonistumiselle altistaa ajatukset liittyen kipuun, erilaiset tunnereaktiot, käyttäytymiseen liittyvät, ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen liittyvät, työhön liittyvät sekä hoitoon ja organisaatioon liittyvät tekijät. (Hagelberg 2005, 37; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 54–60; Ojala 2008, 37; Elomaa & Estlander 2009, 109.)

Potilaan elämänhistoriassa voi olla riskitekijöitä, jotka vaikuttavat kivun kroonistumiseen. Esimerkiksi varhaiset traumaattiset kokemukset voivat saada aikaan muutoksia keskushermostossa, jotka altistavat psyykkisille ja elimellisille oireille vaikuttaen oireiden kokemiseen, niiden ilmaisuun ja henkilön selviytymiskykyyn oireiden kanssa. Fysiologiset tekijät tai aikaisempiin elämäntapahtumiin pohjautuva alttius voivat yhdessä riskitekijöiden, potilaan kivulleen antamien tulkintojen ja merkitysten sekä oppimistapahtumien kanssa vaikuttaa kipuongelmien muodostumiseen ja jatkumiseen. (Elomaa & Estlander 2009, 109–110; Karlsson, Melartin & Karlsson 2009, 3295–3296.)

3.3.3 Krooninen määrittämätön selkäkipu

Krooninen määrittämätön selkäkipu on yli kolme kuukautta kestänyt kipu selässä, joka on kaikista selkä kivun tyypeistä tavallisin. Suurin osa kärsii määrittämättömästä selkä kivusta, jonka oireena on usein alaselän alueelle paikantuva kipu. Tälle selkä kivun tyypille on tavallista, ettei kivun selkeää sijaintia voida osoittaa varmuudella. Potilaat voivat kuvata, että kipu tuntuu alaselässä ja se voi säteillä pakaroihin ja reisiin. (Pohjalainen 2009, 349; Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus 2014.)

Tunnettu selkäkipututkija Peter O’Sullivan on kehittänyt epäspesifin selkä kivun luokittelumallin, joka perustuu laajaan biopsykososiaaliseen tutkimustietoon. Mallissa epäspesifi selkäkipu jaetaan kolmeen ryhmään: ei-mekaaniset selkävaivat, liikehäiriöstä johtuvat ja liikekontrollin häiriöstä johtuvat selkävaivat. Ei-mekaaniselle selkävaivalle tyypillistä ovat korostuneet psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Selän toiminnan häiriöön liittyy hallitsevasti psykososiaalisia piirteitä, kuten pelko, liiallinen huolestuneisuus, viha ja kielteiset uskomukset. (Lehtola 2015, 10.)

Toinen ryhmä pitää sisällään liikehäiriöihin liittyvät selkäkiput. Tälle ryhmälle on tyypillistä selkärangan rajoittunut liike, joka voi olla rajoittunut yhteen tai useampaan liikesuuntaan. Potilas käyttää selkäänsä epätarkoituksenmukaisesti niin, että hän tuottaa liikettä virheellisesti ja väärästä kohtaa. Viimeinen ryhmä pitää sisällään liikekontrollin häiriötilat, jolla tarkoitetaan sitä, että potilaan on vaikea ylläpitää selän asentoa paikoillaan tai liikkeessä. Liikekontrollin häiriötilan taustalla on usein rankaa tukevien syvien lihasryhmien heikentynyt toiminta, josta seuraa kipu selässä. Tyypillistä tässä häiriötilassa on, että kipu aiheutuu tietyssä liikesuunnassa. (Lehtola 2015, 10–11.)

3.3.4 Selkä kivun hoitomenetelmistä

Alan tutkimuksissa on tullut ilmi, että biopsykososiaaliselle lähestymistavalle on tarvetta kivunhoidossa. Tutkimuksissa on selvinnyt, että liian usein potilasta hoidetaan vain lääketieteellisesti huomioimatta tärkeitä psykologisia ja sosiaalisia tarpeita. Näitä tarpeita tulisi tunnistaa ja huomioida paremmin ennen kuin selkäkipua potevan potilaan akuutti kipu kroonistuu. (Waddell 2004, 271–272; Adams, Poole & Richardson 2005, 297;

Hagelberg 2005, 37–38; Gatchel ym. 2007, 607; Kirby, Dunwoody & Millar ym. 2008, 1514–1519; Syahnaz ym. 2010, 235.)

Biopsykososiaaliseen viitekehykseen perustuvat varhaiskuntoutusmenetelmät ovat tutkimuksissa osoittautuneet tehokkaiksi. Kognitiivis-behavioraalinen terapia tarkastelee ajatusten ja tulkintojen yhteyttä toimintatapoihin ja tunnekokemuksiin. Näiden menetelmien soveltaminen selkäkipupotilaan hoidossa ovat osoittautuneet tuloksellisiksi, mutta menetelmän soveltaminen edellyttää perehtyneisyyttä kivun psykologiaan. Tavoitteena on, että potilas oppisi käyttämään erilaisia kivun, stressin ja kuluttavien tunneperäisten reaktioiden hallintakeinoja sekä sosiaalisia taitoja selkäkivun hallinnassa. Potilas oppii näin ymmärtämään paremmin, miten hänen oma toimintansa vaikuttaa selkäkipuun. (Hagelberg & Valjakka 2008, 1612; Pohjalainen 2009, 355; Syahnaz ym. 2010, 235.)

Hoidossa keskeistä on potilaiden pelon ja huolestuneisuuden vähentäminen sekä optimismin, pystyvyyskäsitysten ja aktiivisten selviytymiskeinojen tukeminen. Yleinen virhekäsitys, joka potilailla on, liittyy lepoon ja sen määrään. Tärkeää on korostaa, ettei selkäkivun vuoksi kannata jäädä vuodelepoon. Tutkimukset viittaavat siihen, että liike- ja liikuntahoito, jota lisätään asteittain vähentää parhaiten selkäkipua. (Hagelberg & Valjakka 2008, 1611–1612; Ojala 2008, 38; Pohjalainen 2009, 354–355; Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kuten kaikissa muissakin sairauksissa myös selkäkivun hoidossa riittävällä informaatiolla voidaan lievittää potilaan ahdistuneisuutta ja pelkoa. Selkäkipuun liittyvien käsitysten, uskomusten ja merkitysten selvittäminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää. (Hagelberg 2005, 38; Elomaa & Estlander 2009, 110; Kirby ym. 2009, 1517; Syahnaz ym. 2010, 235.)

Selkäkivun hoito voi olla moniammatillista. Lääkäri voi tehdä perusteellisen työkykyarvion, jolla pyritään vähentämään turhia sairauslomia. Työhön paluuta voidaan tapauskohtaisen harkinnan mukaan helpottaa erilaisin työhön tehtävien muutosten avulla. Esimerkiksi fysioterapeutin avulla voidaan etsiä työpaikalta niitä ergonomisia tekijöitä, jotka ovat turhaan rasittaneet työntekijän selkää. Nämä työn fyysisten ja ergonomisten tekijöiden muutokset edistävät työhön paluuta. (Pakkala 2008a, 8-9; Pohjalainen 2009, 354.)

Kipulääkitystä voidaan käyttää selkävun hoidossa jaksoittain. Usein kipulääkkeen valinta aloitetaan miedoimmasta päästä. Parasetamoli ja erilaiset tulehduskipulääkkeet ovat ensisijainen valinta. Joskus lääkäri voi myös määrätä lievän opioidin yhdistelmäksi. (Pohjalainen 2009, 354; Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus 2014.)

Vaihtoehtoisia hoitomuotoja selkävun hoitamiseen on useita. Selkäkipua voidaan helpottaa lämpöhoidolla ja joitakin voi auttaa säännöllisesti hieronnassa käyminen. Hieronnan tiedetään auttavan erityisesti, kun se yhdistyy terapeuttiseen harjoitteluun ja ohjaukseen esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolla. Heille joilla esiintyy toistuvia selkäkipujaksoja, selkäkoulu voi olla vaikuttava hoitomenetelmä. Joitakin voi auttaa transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS) tai akupunktuuri. Tapauskohtaisesti voidaan myös harkita erilaisia kuntoutusjaksoja. (Pohjalainen 2009, 354–355.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni on teoreettiseen tietoon painottuva. Teoreettinen opinnäytetyö tarkoittaa Tampereen ammattikorkeakoulussa kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Kirjallisuuskatsauksia on monenlaisia, valitsin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen soveltaen. Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan olemassa olevien tutkimusten kokonaisuutta kokoamalla rajattuun aiheeseen liittyvät tutkimukset yhteen. Sisällönanalyysin avulla aineisto käydään läpi ja päästään tulosten kirjoittamiseen ja tulkitsemiseen. (Johansson 2007, 3; Bettany-Saltikov 2012, 5.)

Noudatan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodeja soveltavasti tässä työssä. Soveltaminen näkyy siten, että olen pyrkinyt systemaattisuuteen tiedonhaussa, tiedonhaun jäljitettävyyteen ja opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten laadun systemaattiseen arviointiin. Systemaattista kirjallisuuskatsausta sen oikeassa metodologisessa merkityksessä ei voitu tehdä, koska opinnäytetyötä ei ole lähtökohtaisesti suunniteltu niin laajaksi opintokokonaisuudeksi, jotta se mahdollistaisi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen. Käytössä olevan kirjaston tietokannat ovat siihen myös liian suppeat eikä opinnäytetyön tekijällä ole mahdollisuuksia päästä laajempiin tietokantoihin.

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee vaiheittain ja nämä vaiheet voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa suunnitellaan katsaus, joka on mahdollisesti tärkein komponentti katsauksen onnistumiselle. Ennen kuin kirjallisuuskatsausta lähdetään tekemään, tutkijan on muodostettava selkeä teoreettinen lähtökohta ja tutkimustehtävä(t), jotta hän löytää haluamansa tietokannoista. (Johansson 2007, 5-6; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.)

Suunnitelmavaiheessa tutkija suunnittelee tiedonhaun niin tarkasti kuin on mahdollista. Kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaussa on omat erityispiirteensä. Suunnitellessa tiedonhakua, tutkijan täytyy valita tietokannat, hakutermit ja luoda sisäänotto- ja poissulkukriteerit tutkimuksille. Kriteereiden täytyy pohjautua asetettuun tutkimustehtävään. Toisessa vai-

heessa suoritetaan tiedonhaku systemaattisesti ja analysoidaan saatu aineisto valitulla menetelmällä. Viimeisessä vaiheessa aineiston tulokset raportoidaan. (Johansson 2007, 5-6; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49; Tähtinen 2007, 11–12.)

4.2 Tiedonhaunprosessi

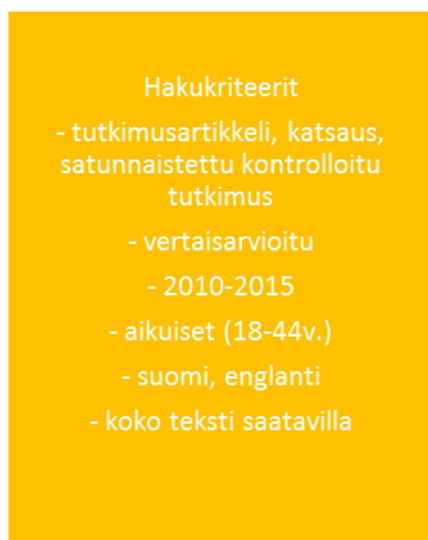
Tiedonhaunprosessi pitää sisällään tiedonhaun tarkan suunnittelun. Laadin ennen tiedonhaun aloittamista hakukriteerit (kuvio 2), joita käytin rajatakseni tietoa pois ja kohdentaaokseni hakuni siihen, mikä on tutkimukselleni olennaisinta. Hakukriteereiden käyttö on tärkeää, koska tietoa hakiessa viitteitä löytyy muuten tuhansia. Suunnitellessani tiedonhakua päädyin valitsemaan kirjallisuuskatsaukseeni vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, katsauksia ja satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia.

Satunnaistetut kontrollitutkimukset ovat tutkimuksia, jotka tutkivat valitun hoidon tai hoitojen tehoa, lääkitystä tai hoito-ohjelmia potilailla. Satunnaistetussa kontrollitutkimuksen metodologiaan kuuluu satunnaistamisen käyttö. Satunnaistamisella tarkoitetaan käytännössä sitä, että tutkittavat jaetaan kontrolliryhmään ja hoitoa saavaan tutkimusryhmään. Satunnaistaminen voidaan viedä niin pitkälle kuin tutkijat haluavat, se voidaan toteuttaa niin, etteivät tutkijat itsekään tiedä, kuka saa hoitoa ja kuka ei. (Bettany-Saltikov 2012, 25–26.)

Halusin lisäksi rajata tutkimusten valintaa niin, että käytin ainoastaan vertaisarvioituja tutkimuksia. Vertaisarvioidut tutkimukset tuovat laatua ja luotettavuutta tälle opinnäytetyölle. Tutkimukset, jotka löysin on kaikki julkaistu vertaisarviointia käyttävissä lehdissä. Vertaisarviointi on tieteellisten julkaisujen arviointiin käytetty menetelmä, jonka tarkoitus on varmistaa ennen julkaisua, että käsissä oleva tutkimus on tuottanut uutta ja julkaisemisen arvoista tietoa. Vertaisarvioinnissa arvioidaan lisäksi tutkimuksen metodologiaa ja sen käyttöä tutkimuksessa. Lisäksi varmistetaan, että saadut tulokset on esitetty oikein ja johtopäätökset ovat johdettavissa tuloksista. (Raivio 2006, 15.)

Aluksi käytin vuosirajauksena vuosia 2005–2015, mutta rajasin sen vielä tiukemmin koskemaan vuosina 2010–2015 ilmestyneitä artikkeleita. Tein viiden vuoden rajauksen, koska halusin tällä opinnäytetyöllä tuottaa mahdollisimman tuoretta tietoa. Rajasin vielä,

että hakuni koskee aikuisväestöä eli 19–44-vuotiaita, koska omat intressini ovat työikäisen väestön selkäkivun ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä. Tiedonhakua rajaavaksi ehdoksi asetin vielä, että koko tekstin tulisi olla saatavilla ja luettavissa suomen tai englannin kielellä. Näillä rajauksilla sainkin kohtuullisia tietokantahakutuloksia ilman, että olisi pitänyt käydä tuhansia viitteitä läpi.



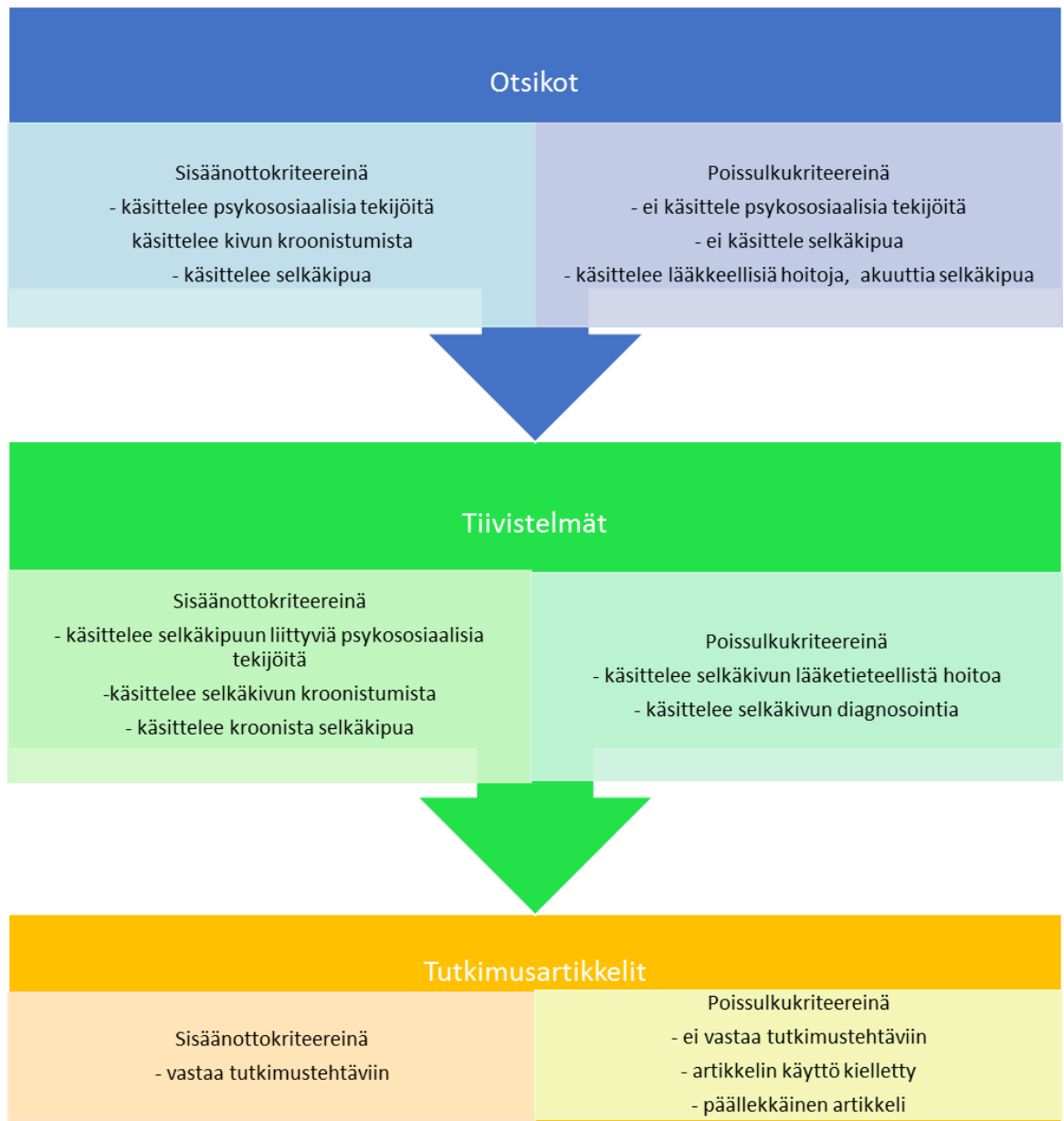
KUVIO 2. Hakukriteerit

Valitsemiini tietokantoihin pääsin Nelliportaalin kautta. Käytin hakusanoina Mesh- (psychosomatic aspects, psychosocial aspects, psychosocial factors, prevention, pain, chronic pain, back pain, prognosis, drug therapy) ja YSA-hakusanoja (psykososiaaliset tekijät, psykologiset tekijät, kipu, krooninen kipu), joita yhdistin eri Boolean operaattorein.

Seuraavassa vaiheessa kävin läpi kaikki viitteiden otsikot ottaen sisään tai poissulkien viitteitä määrittämieni kriteereiden mukaan (kuvio 3). Kun olin rajannut valitut otsikot, luin kaikkien viitteiden tiivistelmät ja suoritin jälleen sisäänoton tai poissulun määritettyjen kriteereiden mukaan. Kun olin valinnut tutkimustehtäviini soveltuvat tiivistelmät, luin tutkimusartikkelit kokonaan, jonka jälkeen suoritin jälleen sisäänoton ja poissulun. Tässä kohtaa arvioin lisäksi tutkimusartikkeleiden laadun.

Otsikoiden kohdalla sisäänottokriteereiksi laitoin, että otsikon piti käsitellä psykososiaalisia tekijöitä, kivun kroonistumista tai selkäkipua. Poissulkukriteereiksi laitoin, että otsikko ei käsitellyt psykososiaalisia tekijöitä tai selkäkipua. Lisäksi halusin rajata pois otsikot, jotka käsitelivät lääkkeellisiä hoitoja tai akuuttia selkäkipua. Tiivistelmien kohdalla pidin sisäänottokriteereinä sitä, jos tiivistelmässä käsiteltiin selkäkipuun liittyviä

psykososiaalisia tekijöitä, selkävun kroonistumista tai kroonista selkäkipua. Poissulkukriteerinä pidin sitä jos tiivistelmässä käsiteltiin selkävun lääketieteellistä hoitoa tai selkävun diagnosointia. Artikkelit luettuani sisäänottokriteerinä oli yksinkertaisesti se, jos artikkeli vastasi tutkimustehtäviini. Poissulkukriteereinä oli artikkelin käytön kieltö, jos useammasta tietokannasta valikoitui sama artikkeli ja jos artikkeli ei vastannut tutkimustehtäviini.



KUVIO 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

4.3 Tietokantahaut

Seuraavaksi kerron niistä tietokantahauista, joista valikoitui tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimukset. Opinnäytetyön liitteeksi on laitettu taulukko (liite 1) kaikista suorittamistani tietokantahauista. Ensimmäinen haku, josta valikoitui tutkimusartikkeli opinnäytetyöhön, löytyi Cinahl-tietokannasta. Kohdistin hakuni käyttämällä hakusanoina psychosocial* AND back pain AND prevent*. Haku antoi 13 viitettä, joiden otsikot kävin läpi. Valitsin jatkotarkasteluun kahdeksan artikkelia, joista kuusi valittiin tiivistelmän mukaan. Luin nämä kuusi tiivistelmän mukaan valittua tutkimusartikkelia ja arvioin niiden laadun kuhunkin soveltuvalla arviointikriteeristöllä (liitteet 2-4). Hyväksyin näistä kuudesta yhden tutkimusartikkelin sisällönanalyysiin.

Toisessa haussa hakuni kohdistui PubMed-tietokantaan. Käytin hakusanoina psychosocial* OR psychosomatic* AND back pain AND prognosis NOT drug therap*. Haku tuotti 40 viitettä, joista 23 valittiin otsikon perusteella jatkotarkasteluun ja niistä 12 tiivistelmän perusteella. Näistä tiivistelmistä arvioin jälleen laadun ja kaksi artikkelia valikoitui sisällönanalyysiin.

Viimeinen hakuni kohdistui Ovid Medline-tietokantaan. Hakusanoina käytin psychosocial* OR psychosomatic* AND back pain OR yellow flags. Hakutuloksena sain 692 viitettä, joista 152 valikoitui sisään otsikon mukaan ja 10 tiivistelmän mukaan. Näistä tiivistelmistä yhdeksän artikkelia luin kokonaan ja arvioin niiden laadun. Lopulta kaksi artikkelia valikoitui sisällönanalyysiin.

Näin minulla oli lopulta kasassa viisi tutkimusartikkelia (liite 5). Kaiken kaikkiaan luin 53 artikkelia, joista arvioin 22 artikkelin laadun ja lopulta minulla oli valittuna viisi tutkimusartikkelia sisällönanalyysiä varten. Medic-tietokannasta en löytänyt sopivia tutkimusartikkeleita, mutta paljon muuta muun muassa teoreettisiin lähtökohtiin soveltuvaa tietoa. Cinahl-tietokantaan tehty toinen tiedonhaku ei myöskään tuottanut tutkimukselleni sopivia tutkimusartikkeleita.

4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Systemaattisella tiedonhaulla kerätty aineisto käydään läpi aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmää soveltaen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi käsittää kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja käsitteellistäminen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–110.)

Ensimmäisessä vaiheessa tutkija analysoi aineiston keräämällä alkuperäisiä ilmauksia tutkimuksista tutkimustehtävästään käsin. Alkuperäiset ilmaukset otetaan ylös ja ne pelkistetään omiksi ilmauksiksi. Kerätyt ilmaukset luokitellaan alakategorioiksi, jolloin sisällönanalyysissä on siirrytty toiseen vaiheeseen eli ryhmittelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.)

Tässä opinnäytetyöprosessissa alleviivasin valitsemistani tutkimuksista (liite 5) kokonaisia lauseita, jotka vastasivat tutkimustehtäviäni. Nämä lauseet kirjoitin ylös word-tiedostolle ja suomensin lauseet. Tämän jälkeen pelkistin suomennokset omin sanoin pelkistetyiksi ilmauksiksi tavoitteenani kirkastaa lauseen ydinajatus.

Ryhmittelyssä alkuperäisaineisto käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alakategorialla sitä kuvaavaksi luokaksi. Alakategorioista muodostetaan yhä edelleen yläkategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–113.) Pelkistetyistä ilmauksista lähdinkin edellä kuvatun tapaan, etsimään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia: mitkä ilmaukset liittyvät toisiinsa ja mitkä eivät. Tässä käytin konkreettisena apukeinona värikyniä. Väritin yhteenkuuluvat pelkistetyt ilmaukset samalla värillä, jotta olisi helpompi hahmottaa eri kokonaisuuksia.

Viimeisessä vaiheessa erotetaan tutkimukselle olennainen tieto ja muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Muodostuneiden yläkategorioiden avulla muodostuu tätä kautta kuvaus omasta tutkimuskohteesta. Tällä menetelmällä tutkija voi löytää jotain uutta tai kumota vallalla olevia teorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–113.) Tässä viimeisessä vaiheessa pohdin, mikä olisi yhteinen nimittäjä kullekin värille, siis pelkistettyjen ilmauksien kokonaisuuksille – näin muodostuivat alaluokat ja yhä edelleen yläluokat tässä opinnäytetyössä.

5 TULOKSET

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi osoitti, että selän kipuongelmaan vaikuttavat monet tekijät. Tulokset vahvistivat sen, että psykososiaaliset tekijät vaikuttavat selkäkivun kroonistumiseen. Tutkimuksista paljastui myös tekijöitä, jotka vaikuttavat selän kipuongelmaan arjessa ja tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet selkäkivun paranemiseen. Sisällönanalyysissä muodostui seuraavat luokat (kuvio 5).



KUVIO 5. Tulokset

5.1 Selkäkivun kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Selkäkivun kroonistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Liikkumisen pelko esti selkäkipua potevaa harrastamasta liikuntaa pitääkseen yllä toimintakykyään, koska potilaat pelkäsi-

vät mahdollista kipua (Helmhout ym. 2010, 656; Ramond ym. 2011, 14). Potilaan käyttämät selviytymiskeinot myös altistivat kipuongelman jatkumiselle (Ramond ym. 2011, 14).

Passiivisten selviytymiskeinojen ja pelko-välttämiskomusten nähtiin ennustavan selkäkivun kroonistumista (Ramond ym. 2011, 14). Ramondin ym. (2011, 17) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa selviytymiskeinoja arvioitiin siihen soveltuvin lomakkein. Selviytymiskeinoin lukeutuivat kognitiiviset ja behavioraaliset strategiat, jotka vielä jaettiin kahteen ryhmään: aktiivisiin keinoihin, kuten aktiivisuuden lisääminen arjessa tai huomion kääntäminen pois selkäkivusta sekä passiivisiin keinoihin, kuten katastrofointi tai rukoileminen (Ramond 2011, 17).

Janowskin, Steuden ja Kurylowiczin tutkimuksessa (2010) löydettiin tekijöitä persoonallisuudesta, jotka altistivat kipuongelman jatkumiselle. Neuroottisuus altisti selkäkipua potevan suuremmalle kivun pelolle, kivun katastrofoinnille ja suuremmille vastoin käymisen kokemuksille kivun kanssa. Lisäksi neuroottisuus lisäsi ylimääräistä emotionaalista stressiä. Janowskin ym. tutkimuksessa (2010, 614) ei selvitetty suoraan, mitä neuroottisuudella tarkoitettiin. Lukijalle välittyi sellainen merkitys, että neuroottisuus tarkoitti ylenmääräistä huolehtimista ja ahdistuneisuutta omasta tilanteesta.

Janowskin ym. tutkimuksessa (2010, 614–616) huomattiin, että potilaista ne, joilla oli masentuneisuutta, käyttivät enemmän passiivisia selviytymiskeinoja selkäkipunsa kanssa. Heidän tutkimuksessa passiivisia selviytymiskeinoja mitattiin Ways of Coping-lomakkeella. Lomake mittasi ongelmalähtöisiä ja tunnelähtöisiä selviytymiskeinoja. Tutkijat löysivät neljä selviytymistyyliä: uudelleen tulkitseminen, välttäminen, ongelmalähtöinen selviytyminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen avulla. Masentuneisuuden ja stressin huomattiin lisäksi vaikuttavan selkäkivun kroonistumiseen niin Ramondin ym. (2011), Matsudairan ym. (2014) kuin Janowskin ym. tutkimuksessa (2010).

Potilaan menneisyydestä löydettiin joitakin ennustavia tekijöitä, jotka vaikuttivat selkäkivun kroonistumiseen. Aikaisempi selkäkipujakso vaikutti usein niin, että myös tulevaisuudessa esiintyi selkäkipuja (Helmhout ym. 2010, 656). Matsudairan ym. tutkimuksessa (2014, 3-4) huomattiin lisäksi yhteys selkäkipuun sairastumisessa jos potilaan perheessä jollakin oli jo selkäkipuvaivaa. Perheenjäsenet saattoivat myös tahtomattaan vahvistaa

selkäkipua potevan kipuongelmaa (Matsudaira ym. 2014, 3-4). Tällä tarkoitettiin Matsudairan ym. tutkimuksessa (2014, 5) sitä, että jotkut ihmiset jakavat lähtökohtaisesti toisen ihmisen fyysisen kipukokemuksen niin emotionaalisella kuin sensorisella eli aistimusten tasolla vain toista ihmistä tarkkailemalla.

Dionnen ym. tutkimuksessa (2013) havaittiin, että hoito-organisaatio voi omalta osaltaan vaikuttaa selkä kivun kroonistumiseen. Ongelmiksi hoito-organisaation suhteen kuvattiin joidenkin lääkäreiden negatiiviset asenteet. Potilaat kuvasivat esimerkiksi, etteivät lääkärit ottaneet potilaan kipuongelmaa tosissaan ja jos ottivat, potilaat olivat kokeneet, etteivät he olleet saaneet apua kipuongelmaansa. Selän kipuongelmaan vaikuttivat kielteisesti myös lääkkeistä tulleet sivuvaikutukset ja tiedonpuute selkä kivun hoidosta ja sen helpottamisesta. Potilaat kokivat kohdanneensa stigmaa selkä kipunsa kanssa. Potilaat myös kuvasivat kokeneensa, että muut tuomitsivat heidät, koska ulkoisesti he eivät näyttäneet kiipeiltä tai sairailta, mutta kokivat toimintakykynsä huonommaksi selkä kipunsa kanssa. (Dionne 2013, 283–284.)

Työpaikalla merkittäviksi riskitekijöiksi selkä kivun kroonistumiselle todettiin olevan selkäkipua potevan vähäinen työtyytyväisyys, työstressi ja aikaisempi sairauspoissaolo selkä kivun takia (Matsudaira ym. 2014, 3). Kuten Helmhoutin ym. (2010, 656) ja Matsudairan ym. (2014, 3) niin myös Dionnen ym. (2013, 283–284) tutkimuksessa nousi esiin, että monet selkäkipua potevat kokivat, etteivät saaneet esimiehiltä ja kollegoilta riittävästi tukea ja ymmärrystä. Dionnen ym. (2013, 283) tutkimuksessa tutkittavat kokivat myös, ettei niistä keinoista ollut hyötyä, joiden oli tarkoitus alkujaan auttaa heitä jatkamaan työntekoa selkä kivusta huolimatta.

Työpaikalla selkä kivun kroonistumisen riskiä nostivat ergonomiset tekijät työpaikalla, joskus jopa kolmin- tai nelinkertaisesti. Painavien esineiden käsitteleminen töissä, toistuvat taivutukset, käännökset, nostot, tuntien istumatyö ja fyysinen työ ylipäättään olivat riskitekijöitä työpaikalla. Lisäksi huomattiin, että aikaisempi poissaolo töistä selkä kivun vuoksi oli selkä kivun kroonistumiselle altistava tekijä. (Matsudaira 2014, 3.)

5.2 Selkäkivun vaikutuksia arjessa

Selkäkivulla oli monenlaisia vaikutuksia selkäkipua potevan elämässä. Selkäkipu aiheutti erilaisia toiminnanvajeita jokapäiväisessä elämässä. Kipu ja ahdistus aiheuttivat pelkoa. Kipuongelma ei ainoastaan vaikuttanut potilaaseen vaan myös perheeseen, puoliso ja lapset saattoivat joutua sijaiskärsijän rooliin. Selkäkipua potevat kokivat eristäytyvänsä muista ihmisistä, tunsivat olonsa torjutuiksi ja tarpeettomiksi. Selkäkipu vaikutti yönunen laatuun, mielialaan, seksielämään ja omaan minäkuvaan negatiivisesti. (Dionne 2013, 283–285.)

Muutamasta tutkimuksesta ilmeni, että selkäkipu ja työnteke aiheuttivat monia haasteita potilaille. Työpaikalla merkittäviksi tekijöiksi selkäkivun kanssa olemiseen vaikuttivat esimiehen ja kollegoiden tuki. (Helmhout ym. 2010, 656, Matsudaira ym. 2014, 3.) Saadulla tuella oli myös vaikutus selkäkivun voimakkuuteen (Helmhout ym. 2010, 656).

Sairauspoissaolot olivat merkittävä rasite potilaille. Huolet toimeentulosta painoivat ja monet potilaista yrittivät tehdä töitä kivustaan huolimatta (Ramond 2011, 16; Dionne 2013, 283). Dionnen ym. tutkimuksessa (2013) potilaat kertoivat kokeneensa merkittäviä taloudellisia ongelmia tulojen vähentyessä sairauslomien vuoksi. Potilaat kokivat, etteivät saaneet riittävästi taloudellista tukea ja joutuivat joskus maksamaan säästöistään selvitäkseen hoitokuluista (Dionne 2013, 283).

Dionnen ym. tutkimuksessa (2013) löydettiin lisäksi erilaisia työhön paluuta estäviä ja helpottavia tekijöitä. Jatkuva kipu oli esteenä työhön paluulle, erityisesti jos työpaikalla ei pystytty järjestämään työolosuhteita siten, että työntekijälle olisi annettu kevyempiä tehtäviä tai olisi mahdollistettu työskentely omaan tahtiin. Selkäkipua potevat olisivat kaivanneet myös työhön paluun järjestämistä asteittain. Tiedonpuute selkäkivun hoidosta, tuen puute, terveydenhuollon hitaus ja pelko itsensä satuttamisesta työssä mainittiin myös esteiksi. (Dionne ym. 2013, 283.)

Työhön paluuta helpottaviksi tekijöiksi selkäkipua potevat mainitsivat lähtökohtaisesti sen, jos oli tietoinen omista rajoitteistaan selkäkivun kanssa, mutta myös voimavaroistaan selviytyä selkäkivun kanssa. Liikunnan aloittaminen joudutti työhön paluuta, se koettiin

helpottavana tekijänä. Tutkijat myös huomasivat, että työhön paluuseen vaikuttivat selkikipua potevien oma näkemys mahdollisuuksistaan vaikuttaa selkäkipuun ja selvitä selkävun kanssa sekä minä-pystyvyys. (Dionne ym. 201, 284–285.)

5.3 Selkävun paranemiseen vaikuttavia tekijöitä

Osasta tutkimuksista löytyi erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat myönteisesti selkävusta paranemiseen. Liikunta vaikutti positiivisesti erityisesti liikkumiseen pelkoon. Erityisesti pelko-välttämiskäyttäytymiseen vaikuttava liikunta tehoi hyvin pelko-välttämiskäyttäytymiseen. (Helmhout ym. 2010, 656.)

Janowskin ym. tutkimuksessa (2010, 614) huomattiin, että selkikipua potevista ne, jotka olivat toimintakykyisempiä ja kokivat masentuneisuutta vähemmän, turvautuivat muita vähemmän passiivisiin selviytymiskeinoihin ja olivat tyytyväisempiä sosiaaliseen tukeen. Sosiaalinen tuki vaikutti merkittävästi selkävun paranemiseen (Janowski 2010, 619).

Persoonallisuustekijöistä tunnollisuuden huomattiin ennustavan parempaa hyväksyntää ja selviytymistä selkävun kanssa. Tunnollisuus ennusti myös parempaa psykososiaalista toimintakykyä. Potilaan tunnollisuus erityisesti samanaikaisesti ongelmalähtöisten selviytymiskeinojen yhteydessä ennusti parempaa toimintakykyä. Ongelma- ja/tai tehtävälähtöisillä selviytymiskeinoilla tarkoitettiin selkikipua potevan kykyä tarttua niihin haasteisiin, jotka selkäkipu aiheutti heidän arkeensa. Tunnollisuus liittyi siihen, että selkäkipu nähtiin haasteena eikä esteenä. Tunnollisuus liittyi parempaan sopeutumiseen selkävun kanssa ja stressinhallintaan sekä sinnikkyteen selviytyä selkävun kanssa. (Janowski ym. 2010, 618.)

Iän ja koulutustason nähtiin vaikuttavan selkikipua potevien toimintakykyyn. Iäkkäämmät ihmiset saattoivat tarvita enemmän tukea toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Koulutautuneisuusaste oli selkävulta suojaava tekijä. Korkeampi koulutautuneisuus suojasi toimintakyvyn heikkenemiseltä. (Janowski ym. 2010, 619–620.)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tutkimusraportin viimeisessä osassa pohdin opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta, tuloksia ja esitän kehittämis ehdotuksia tekemäni opinnäytetyön pohjalta. Lopussa pohdin vielä opinnäytetyöprosessia kokonaisuudessaan.

6.1 Eettisyys opinnäytetyössä

Eettisyys opinnäytetyössä tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimustyössä. Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisiä lähtökohtia ovat tutkimuksessa noudatettu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4-6; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133.)

Opinnäytetyön tekemisessä olen pyrkinyt huolellisuuteen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodien soveltamisessa. Kirjallisuuskatsausta varten tehdyssä tiedonhaussa pyrin kirjaamaan tiedonhaunprosessin tarkasti. Tulosten analyysissä pyrin lukemaan huolellisesti englanninkielisen tekstin siten kuin se oli kirjoitettu. Suomentaessani ilmaisuja omin sanoin pelkistetyiksi ilmauksiksi, tavoitteenani oli kirkastaa lauseen ydinajatus.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös kollegiaalisuus. Tutkija ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. Näin jokaisen työlle annetaan sen ansaitsema arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133.)

Tässä opinnäytetyössä kävin lähdemerkinnät monta kertaa läpi. Tarkastin, että lähdemerkinnät ovat asianmukaisesti merkitty eikä lähdeluettelosta löydy yhtäkään lähdettä, jota ei ole tässä työssä käytetty. Olen etsinyt alkuperäislähteitä myös työhöni. Esimerkiksi George Waddell:n, Tapio Ojalan, Anneli Vainion ja Ann-Mari Estlanderin ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan lähteet ovat joitakin oleellisimpia alkuperäislähteitä joista

opinnäytetyöni teoreettinen lähtökohta rakentuu. Työni teoreettista viitekehystä heikentäne se, että olen kirjoittanut teorian pohjautuen vuonna 2009 ilmestyneeseen Kipu-kirjaan. Teos on kuitenkin jo kuusi vuotta vanha ja kivun tutkimustyö on aktiivista tänä päivänä tuottaen tuoreempaakin tietoa. Toisaalta kyseessä on kipua käsittelevä perusteos, joka pohjautuu alan tutkijoiden työhön enkä löytänyt uudempaa teosta aiheesta.

Tutkimuksen tekoon kuuluu työn suunnitteleminen, toteuttaminen ja sen raportointi. Kun tutkimus on suunniteltu, on tutkijan haettava tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimushankkeessa sovitaan myös ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, teki-
jöitä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien hyväksymällä tavalla. Myös rahoituslähteiden sidonnaisuudet on ilmoitettava asianosaisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Ennen kuin lähdin toteuttamaan kirjallisuuskatsauksen tekemistä, kirjoitin tutkimussuunnitelman, jonka hyväksytin tilaajalla eli TAMKilla. Tässä opinnäytetyössä ei ollut mitään rahoituslähteitä, ainoat kulut ovat muodostuneet opinnäytetyön tulostamisesta. Työelämäpalaverissa käytiin läpi kaikkien osapuolten oikeudet ja sitoumukset.

6.2 Laadun ja luotettavuuden tarkastelu

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä löydettyjen tutkimusten laadun arviointi on keskeinen osa metodologista työskentelyä. Tutkijan on arvioitava löytämäänsä tietoa, koska kaikkeen tietoon ei voida luottaa. Yleiseen arviointiin kuuluu lähdekritiikki. Tiedonhakijan on arvioitava muun muassa kuka on lähteen kirjoittaja, missä lähde on julkaistu, milloin lähde on julkaistu, miten aihetta on tutkittu, miksi aihetta on tutkittu, ovatko tulokset luotettavia ja ovatko tulokset hyödynnettävissä. (Kontio & Johansson 2007, 101–102; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 113–114.)

Yleisen arvioinnin lisäksi, arvioin tähän opinnäytetyöhön valitsemani tutkimukset tiettyjen kriteereiden avulla. Käytin lähteenä kirjasta Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen (2007, 104 ja 106) löytämiäni määrällisen ja laadullisen tutkimuksen arviointikriteereitä sekä Pölkin, Kääriäisen, Kansteen, Kyngään ja Elon tutkimuksessa (2012, 336–339) löytämäni kirjallisuuskatsausten arviointikriteeristöä niitä mukaillen. Nämä

mukaillut arviointikriteerit liitän nähtäväksi opinnäytetyöhöni loppuun (liitteet 2-4). Ase-
tin laadulliseksi rajaksi sen, että valittujen tutkimusten täytyisi täyttää ainakin puolet
(50 %) arviointikriteereistä.

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten luotettavuutta. Toisin sa-
noen sitä voidaan uskoa se, mitä tutkija on löytänyt. Kirjallisuuskatsauksen luotetta-
vuuden arvioinnissa täytyy pohtia käytetyt metodin soveltamista: miten tutkija on onnis-
tunut toteuttamaan työnsä päättämälläan metodologialla. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007,
53.)

Luottavuuden arviointi sisältää tutkimusraportin, tämän opinnäytetyön laatimisen. Ra-
portti kirjoitettiin Tampereen ammattikorkeakoulun Kirjallisen raportoinnin ohjeiden
mukaan yhteisesti sovituin tavoin. Raportissa tulee määrittää tutkimuksen kohde ja tar-
koitus, omat sitoumukset tutkijana, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-
tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen rapor-
tointi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140).

Arvioitaessa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, tutkimuksen metodiosasta lukijan tu-
lisi löytää selkeä kuvaus niistä säännöistä, joita tutkija on käyttänyt sisällyttäessään artik-
keleita katsaukseensa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Tässä opinnäytetyössä olen kir-
joittanut tiedonhaunprosessin auki mahdollisimman selkeästi, jotta lukija sen ymmärtäisi.
Tietokantahaku-taulukosta (liite 1) löytyy vielä selkeästi ilmaistuna, mistä tietokannasta
olen hakenut, millä hakusanalla ja Boolean operaattorein sekä miten viitteitä on esiintynyt
ja kuinka niitä olen ottanut tarkempaan arviointiin.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentää automaattisesti se, että tein kirjallisuus-
katsauksen yksin. Ollakseen luotettavampi, kirjallisuuskatsauksen teossa tulisi käyttää
vähintään kahta tutkijaa, jotta saadut viitteet vastaisivat toisiaan (Pudas-Tähkä & Axelin
2007, 51). Kirjallisuuskatsauksen teko on raskas ja systemaattinen prosessi. Tämän li-
säksi luotettavuutta heikentää yleinen kieliharha. On aina mahdollista, että tutkija onkin
ymmärtänyt väärin lukemansa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Kieliharhan välttä-
miseksi pyrin tauottamaan tutkimusten sisäänottoa ja poissulkua riittävästi, jotta keskit-
tymiseni olisi optimaalisinta. Lisäksi varasin tälle prosessille riittävästi aikaa, jotta tavoit-
teeni myös pysyisi kirkkaasti mielessä.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset olivat metodologialtaan erilaisia. Lähteinäni oli kolme määrällistä ja yksi laadullinen tutkimus sekä yksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Toisaalta tutkimusten erilaisuus tuo vivahteita tuloksiin, kun samaa asiaa tutkitaan eri näkökulmista. Toisaalta metodologiset erot ovat ehkä liian merkittävät, jotta tämän opinnäytetyön tuloksia voitaisiin pitää yleispätevinä. Toisaalta syntetisoimani aineisto analyysin kautta on yhteneväinen teoreettisen lähtökohdan kanssa ja muiden aiheita käsittelevien tutkimusten kanssa. Kaikki tämä osoittanee lopulta sen, että selkä kivun kroonistumista ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta kannattaa edelleen tutkia.

Tulosten tulkinnassa on tärkeä huomioida, että valitsemani tutkimukset ovat kansainvälisiä. Tutkimukset olivat toteutettu Hollannissa, Japanissa, Puolassa ja Kanadassa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli ranskalaisten tekemä. Tulosteni luotettavuutta heikentää se, että yksi tutkimus käsittelee japanilaisia toimistotyöntekijöitä ja toinen käsittelee armeijan henkilökunnan työntekijöitä, joista enemmistö on miehiä. Osaan tutkimuksista oli siis valikoitu hyvin homogeeninen otos, jota ei voida tästä syystä verrata suoraan suomalaiseseen työikäiseen väestöön esimerkiksi.

Tutkin, minkälaiset psykososiaaliset tekijät vaikuttavat selkä kivun kroonistumiseen. Lisäksi selvitin, miten selkäkipu on vaikuttanut potilaiden elämään ja mistä on ollut apua selkä kivun kanssa selviytymisessä. Teoreettisissa lähtökohdissa tiedettiin, että psykososiaaliset tekijät vaikuttavat merkittävästi selkä kivun kroonistumiseen. Kirjallisuuskatsaus vahvisti psykososiaalisten tekijöiden vaikuttavan selkä kivun kroonistumiseen. Valitsemistani tutkimuksistani nousi vahvasti esiin, että ajatukset ja tunteet, työ ja perhe, oppimistapahtumat ja hoito-organisaatio vaikuttavat selkä kivun kroonistumiseen ja krooniseen selkäkipuun.

Uutena tekijänä aineistosta nousi esiin persoonallisuuden tekijöiden vaikutukset selkäkipuun. Neuroottisuus ja tunnollisuus olivat tällaisia tekijöitä Janowskin ym. tutkimuksessa (2010). Neuroottisuuteen liittyvät luonnehdinnat Janowskin ym. tutkimuksessa (2010) vastaavat katastrofiajattelua, jossa potilaalla on taipumus hätäntyä kivusta ja korostaa kivun vaikutusta ja sen kontrolloimattomuutta. Lisäksi teoreettisessa osuudessa, kivun kokemiseen todettiin vaikuttavan ahdistuksen määrä ja pelot. Samankaltaiseen tulokseen

tulivat Janowski ym. tutkimuksessaan (2010) jossa he tutkivat, mitä persoonallisuuden tekijöitä vaikuttaa selkäkipua potevien psykososiaaliseen toimintakykyyn.

Teoreettisissa lähtökohdissa kirjoitettiin selkä kivun kokemiseen liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä. Alakappaleessa ajatukset ja tunteet kävi ilmi, että pelko-välttämiskäyttäytyminen on merkittävä tekijä selkä kivun kroonistumiselle. Keinot selviytyä kivun kanssa, kuten kivun varominen ja pitkittynyt lepo vaikuttavat pitkittyneeseen selkäkipuun. Samanlaiseen tulokseen tultiin Ramondin ym. tutkimuksessa (2011).

Kaikista vahvimman näytön sain työhön liittyvien tekijöiden vaikutuksesta selän kipuongelmaan. Valitsemistani tutkimuksista neljässä viidestä tultiin samoihin tuloksiin siitä, että työpaikalla sosiaalisen tuen puute vaikuttaa heikentävästi työhön paluuseen ja selän kipuongelman paranemiseen. Teoreettisissa lähtökohdissa kirjoitin, että tutkimuksissa on todettu sosiaalisen tuen puutteen vaikuttavan heikentävästi työntekijän selkäkipuun. Työpaikalla vaativa ja tukea antamaton ympäristö vaikuttavat kielteisesti selkä kivusta kuntoutumiseen. Vahva näyttö muodostui myös siitä, että työntekijän oletukset kyvyistään palata työhön ja kuntoutua selkä kivusta liittyvät vähäisempään kipuongelmaan.

Perheeseen liittyvien tekijöiden kohdalla tulokseni myös täsmäävät teoreettiseen lähtökohtaan. Matsudairan ym. (2014) ja Dionnen (2013) tutkimuksessa tultiin siihen, että perheen jäsenet voivat vaikuttaa kielteisesti selän kipuongelmaan. Tulokseni vahvistavat sen, minkä totean teoreettisissa lähtökohdissa. Kivunhoito ei ole vain potilaan hoitoa vaan myös potilaan perhe tulisi huomioida, kun hoidetaan potilaan selän kipuongelmaa.

Dionnen ym. tutkimuksessa (2013) löydettiin hoito-organisaatioon liittyviä tekijöitä, jotka osaltaan olivat vaikuttaneet kielteisesti selän kipuongelmaan. Tällaisiksi tekijöiksi mainittiin muun muassa joidenkin lääkäreiden asenteet ja tiedonpuute selkä kivun hoidosta. Tämän opinnäytetyön hoito-organisaatiota käsittelevässä kappaleessa ilmenee nämä samat asiat.

Selkä kivun paranemiseen vaikuttavista tekijöistä löytyi myös yhteneväisyyksiä teoreettisiin lähtökohtiin. Potilaan hallinta- ja pystyvyyskäsitysten tiedettiin vaikuttavan selän kipuongelmaan. Janowskin ym. tutkimuksessa (2010) huomattiin, että ongelma- ja/tai tehtävälähtöisillä selviytymiskeinoilla potilaat kykenivät selviytymään selkäkipunsa kanssa

paremmin. Aktiivisten ongelmanratkaisukeinojen, jotka keskittyvät kivunhallintakeinoihin, muutosvalmiuteen ja kivun hyväksymiseen vaikuttavat myönteisesti selkävasta kuntoutumiseen.

Tulokset toimeentuloon liittyvistä vaikeuksista lienevät erilaisia Suomessa. Tuloksia toimeentuloon liittyvistä vaikeuksista eivät ole suoraan yleistettävissä selkäkipua poteviin potilaisiin Suomessa. Suomen sosiaaliturva kattaa kuitenkin perusturvan kaikille ja terveydenhuollon kustannukset ovat erilaiset muihin katsauksen tutkimusten maihin verrattuna.

6.4 Kehittämisehdotukset

Selän kipuongelmaan vaikuttavista tekijöistä työhön liittyvät tekijät nousivat kaikista vahvimpana aineistostani esiin. Tulosteni pohjalta suosittelen, että selkäkipua potevien työhön paluuta tulee tukea aktiivisemmin. Erilaisin työn tekoa sopeuttavin keinoin voidaan auttaa selkäkipua potevaa tekemään työtä kipuongelmastaan huolimatta. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi työolosuhteiden muutostyöt, kuten istumatyön vähentäminen tai ergonomian tarkastaminen työpaikalla. Työn teko tulisi mahdollistaa selkävasta huolimatta ja löytää keinoja muokata työn tekoa tekijälleen sopivaksi. Selkävasta takia ei tarvitse jäädä kotiin.

Tekemäni kirjallisuuskatsauksen vahvisti sen, että selkävasta tutkiminen on tärkeää. Selkävasta hoitoa ja erityisesti keinoja estää selkävasta kroonistuminen tulee kehittää. Määrittämätön selkäkipu, jonka taustalla ei ole mitään selkeää fysiologista syytä, kuten iskiaskipua tai välilevytyrää on hoitajalle haaste auttaa potilasta ymmärtämään tekijöitä, jotka ovat hänen selkäkipunsa taustalla.

Kun selän kipuongelman takana tiedetään olevan psykososiaalisia tekijöitä, potilasta on autettava muuttamaan omaa käyttäytymistään ja suhtautumistaan kiputilanteeseen. Käytännössä potilaan täytyy mahdollisesti oppia harrastamaan liikuntaa säännöllisesti, pitää huolta sosiaalisista suhteistaan ja oppia ajattelemaan kivusta eri tavalla. Potilaalle selän kipuongelmasta pois pääseminen voi tarkoittaa suurta elämäntapamuutosta. Muu-

toksen taustalla täytyy olla potilaan oma motivaatio ja tahto, jota hoitaja voi auttaa löytämään ja pitämään yllä. Potilaat tarvitsevat tietoa monista tekijöistä, jotka vaikuttavat kivun kokemiseen ja selkäkivun kroonistumiseen.

Selän kipuongelman taustalla olevien todellisten tekijöiden tutkimisella ja hoitamisella voidaan mahdollisesti auttaa suurta osaa työikäisestä väestöstä pääsemään turhista selkävivuista. Tällaisella interventiolla voisi olla merkittävä vaikutus kansanterveyteen ja toimintakykyyn. Tavoitteenani oli koota tietoa hoitotyön opiskelijoille ja tätä kautta lisätä myös heidän valmiuksiaan ohjata potilaita selkäkivun hoidossa, kun he kohtaavat näitä potilaita käytännön harjoittelujaksoillaan. Tulosten pohjalta voisi suositella, että potilaan tilannetta kuunnellaan tarkemmin ja selvitetään mitkä ovat todelliset syyt selkäkivun takana?

Kyseessä onkin oikeastaan potilaan voimavaraistavasta ohjaamisesta. Potilasta tulee auttaa ymmärtämään, mitkä tekijät hänen elämässään vaikuttavat selkäkivun kokemiseen ja kuinka näihin tekijöihin voi vaikuttaa. Tällaiselle ohjaamiselle on varattava riittävästi aikaa, kyse on elämäntapaohjauksesta. Selkäkivun oireenmukainen hoito ei ole riittävää, vaan kyseessä on kokonaisvaltaisesta hoitamisesta, jossa täytyy huomioida erilaiset psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset syyt selkäkivun taustalla.

Systemaattisen selkäoireiden ennaltaehkäisymallin kehittäminen sairaanhoitajan vastaanotolle voisi olla hyödyllistä. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää, miten tavoitettaisiin potilaista ne, jotka eniten tarvitsisivat tukea selkäkivun hallintaan ja miten voitaisiin lisätä terveyshuollon ja työpaikkojen yhteistyötä selkäkipuongelmien hoidossa. Lisäksi voitaisiin kehittää systemaattinen selkäkivun psykososiaalisia tekijöitä kartoittava lomake sairaanhoitajan vastaanotolle. Lomakkeen avulla voitaisiin tutkia, mitä tekijöitä selkäkipua potevan elämässä altistavat selän kipuongelman jatkumiselle. Lomake mahdollistaisi hoitajalle luontevan tavan lähestyä arkojakin osa-alueita, joiden tiedetään liittyvän selkäkivun kroonistumiseen.

6.5 Opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi oli antoisa ja raskas matka systemaattiseen metodologiseen työskentelyyn, tutkimusten maailmaan ja ennen kaikkea omaan itseen. Työskentely alkoi syksyllä 2014, jolloin pidettiin infotilaisuus eri organisaatioista tarjotuista aiheista. Halusin tehdä opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena. Koin tiedonhaun olevan minulle helpointa ja luonnollisin keino toteuttaa opinnäytetyö sekä vahvinta osaamista.

Alussa koin vaikeimpana aiheen rajaamisen, koska aiheenani oli vain käsite psykosomaatiikka. Valitsin psykosomaatiikan, koska halusin tietää psykosomaatiikasta enemmän ja koin sen holistiseksi viitekehykseksi tutkia sairautta ja terveyttä - se tuntui omalta. Tutkin aihepiiriä paljon ja luin erilaisia lähteitä. Lopulta päädyin selkäkipuun ja sen tutkimiseen biopsykososiaalisesta viitekehyksestä. Rajausta osoittautui erinomaiseksi, koska se on niin yleinen ja myös ajankohtainen oire.

Joulukuun mennessä olin rajannut työni ja olin kirjoittanut tutkimussuunnitelman, joka hyväksyttiin. Kevät meni tiedonhaun systemaattisuuden opettelussa ja oikeiden hakusanojen löytämisessä muun koulutyön rinnalla. Kesäkuussa olin saanut tiedonhaun valmiiksi ja olin valinnut viisi tutkimusta analyysiin. Heinäkuun kirjoitin tuloksia ja muuta teoriaa valmiiksi. Elokuun alussa minulla oli ensimmäinen versio annettavaksi tarkasteluun ohjaajalleni. Suunnitelmaseminaarissa laatimani aikataulusuunnitelma piti hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan ja työ eteni suunnitellusti.

Loppusyksyn muokkasinkin opinnäytetyötä valmiiksi ja lokakuussa pääsin vihdoinkin esittämään työni. Niille, jotka harkitsevat kirjallisuuskatsauksen tekemistä, suosittelen tekemään työn kahdestaan. Kahdestaan siksi, että kirjallisuuskatsauksen tekeminen yksin vähentää työn luotettavuutta ja kahdestaan projektin loppuun saattaminen ei ole liian raskasta. Hyödyllistä oli pitää päiväkirjaa opinnäytetyöprosessin aikana, näin sain purettua ajatuksiani ja tunteitani, mikä edesauttoi työn etenemistä.

Ennen kuin aloittaa kirjallisuuskatsauksen tekemistä on tutkijan oltava selvillä, mitä ja miksi hän tutkii ja mitkä ovat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Näin tiedonhaku sujuu kuin itsestään, kun on selkeät raamit. Tästä prosessista opin paljon tutkimuksen tekemisestä sekä sinnikkäästä ja systemaattisesta työskentelyotteesta.

Mielenkiintoista oli lukea selkävun vaikutuksista selkävun potevien elämässä ja saada enemmän tietoa niistä tekijöistä, jotka ovat tutkimusten mukaan vaikuttaneet selkävun paranemiseen. Kohdatessa potilaita vastaanotolla, on tärkeää heti alusta alkaen selvittää potilaan elämästä kokonaisvaltaisesti näitä tekijöitä. Potilaat tarvitsevat apua selvittääkseen selkävun kanssa ja on tarkoituksenmukaista puuttua selkävun kroonistumiseen ajoissa. Preventiivinen ote sairaanhoidossakin on tärkeää.

LÄHTEET

Adams, N., Poole, H. & Richardson, C. 2005. Psychological Approaches to Chronic Pain Management: Part 1. *Journal of Clinical Nursing* 15 (3), 290–300.

Alaselkäkipu. 2014. Käypä hoito -suositus. Pohjalainen, T., Leinonen, V. & Malmivaara, A. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 22.9.2014. Luettu 19.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>

Bettany-Saltikov, J. 2012. How to Do a Systematic Literature Review in Nursing. A Step-by-Step Guide. 1. painos. Yhdysvallat: RCN Publishing Company.

Dionne, C., E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S., R. & Laperrière, È. 2013. Obstacles to and Facilitators of Return to Work after Work-Disabling Back Pain: the Workers' Perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation* 23, 280–289.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (Toim.). 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. 1.painos. Helsinki: Wsoy.

Gatchel, J., R., Bo Peng, Y., Peters, L., M., Fuchs, N., P. & Turk, C., D. 2007. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advanced and Future Directions. *Psychological Bulletin* 133 (4), 581–624.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. 1.painos. Porvoo: Edita.

Gray, H. & Howe, T. 2013. Physiotherapists' Assessment and Management of Psychosocial Factors (Yellow and Blue Flags) in Individuals with Back Pain. *Physical Therapy Reviews* 18 (5), 379–395.

Hagelberg, N. 2005. Selkäkipu perusterveydenhuollon haasteena. *Kipuviesti. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti* 2 (10), 37–38.

Hagelberg, N. & Valjakka, A. 2008. Pitkittyvän kivun tunnistaminen ja kuntouttava hoito ehkäisevät selkäkipun kroonistumista. *Suomen Lääkärilehti* 63 (17), 1609–1613.

Helmhout, P., H., Bart Staal, J., Heymans, M., W., Harts, C., C., Hendriks, E., J., M. & de Bie, R., A. 2010. Prognostic Factors for Perceived Recovery or Functional Improvement in Non-Specific Low Back Pain: Secondary Analyses of Three Randomized Clinical Trials. *European Spine Journal* 19, 650–659.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19.painos. Porvoo: Bookwell Oy.

IASP Taxonomy. 2014. IASP. Luettu 1.1.2015. Päivitetty 22.5.2012. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

Janowski, K., Steuden, S. & Kurylowicz, J. 2010. Factors Accounting for Psychosocial Functioning in Patients with Low Back Pain. *European Spine Journal* 19, 613–623.

- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 3-7.
- Kalso, M., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Kansanterveyslaitos. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Karllson, H. 2008. Mitä psykosomatiikka on? Duodecim 124 (6), 673–674.
- Karlsson, L., Melartin, T. & Karlsson, H. 2007. Lapsuuden stressi uhkaa aikuisiän terveyttä. Suomen Lääkärilehti 62 (37), 3293–3299.
- Kontio, E. & Johansson, K. K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 101-108.
- Kirby, K., Dunwoody, L. & Millar, R. 2008. What Type of Service Provision do Patients with Chronic Pain Want from Primary Care Providers? Disability and Rehabilitation 31 (18), 1514–1519.
- Lehtola, V. 2015. Alaselkävun pitkittymisen syyt – selkävut eroavat toisistaan. Asiantuntija-artikkeli. Hyvä selkä 1, 10–11.
- Matsudaira, K., Konishi, H., Miyoshi, K., Isomura, T. & Inuzuka, K. 2014. Potential Risk Factors of Persistent Low Back Pain Developing from Mild Low Back Pain in Urban Japanese Workers. Plos One 9 (4), 1-7.
- New Zealand Acute Low Back Pain Guide. 2004. The Accident Compensation Corporation. Incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. New Zealand Guidelines Group. New Zealand: Wellington.
- Nicholas, M.-K., Linton, S.-J., Watson, P.-J. & Main, C.-J. 2011. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“yellow flags”) in Patients with Low Back pain: a Reappraisal. Physical Therapy 91 (5), 737–753
- Nykänen, A-S. 2014. Selkä on kansan kipukohta. Helsingin Sanomat. Luettu 21.7.2015. Päivitetty 15.6.2014. <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1402719036830>
- Ojala, T. 2008. Kroonisen kivun sietämätön hyväksyntä-katsaus. Kuntoutus 3, 34–48.
- Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain – a Phenomenological Study. Thesis. Studies in Sport, Physical Education, and Health. University of Jyväskylä. Jyväskylä.

- Pakkala, I. 2008a. Alaselkä- ja niskasairaudet. Toimintakyvyn arviointi. Helsinki: Facultas.
- Pakkala, I. 2008b. Krooninen kipu. Toimintakyvyn arviointi. Helsinki: Facultas.
- Pohjalainen, T. 2009. Selkäkiput. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (Toim.) 2009. Kipu. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja-
jaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M.
& Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yli-
opisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 46–56.
- Pölkki, T., Kääriäinen, M., Kanste, O., Kyngäs, H. & Elo, S. 2012. Järjestelmällisten
kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoito-
tieteen julkaisuihin vuodelta 2009–2010. Hoitotiede 24 (4), 335–348.
- Raivio, K. 2006. Vertaisarviointi tieteellisessä julkaisutoiminnassa. Tieteessä tapahtuu
7, 15–19.
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E. &
Huez, J-F. 2011. Psychosocial Risk Factors for Chronic Low Back Pain in Primary Care
– a Systematic Review. Family practice 28, 12–21.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos.
Turku: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Suomen kipu ry. 2012. Kipu osana elämää. Tietolehti. Espoo.
- Syahnaz, H., M., Azimah, N., M. & Khairani, O. 2010. What Lies Beyond the Back Pain?
A Case Report. Mental Health in Family Medicine 7 (4), 233–237.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu
painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-
epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa
Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskat-
saus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja
raportteja. Sarja A51. 10–44.
- Vainio, A. 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Waddell, G. 2004. The Back Pain Revolution. 2. painos. Englanti: Elsevier Limited.

LIITTEET

Liite 1. Tietokantahaut

Tietokanta	Boolean lauseke	Viitteet yhteensä	Otsikon mukaan otettu sisään	Tiivistelmän mukaan	Koko tekstin mukaan
Ovid Medline 2.6.	psychosocial* OR psychosomatic* AND back pain OR yellow flags	692	152	10	2
Medic 4.6.	lääkkeetön hoito AND selkäkipu NOT fysioterapia	52	22	4	0
Cinahl 15.6.	psychosocial* AND back pain AND prevent*	13	8	6	1
Cinahl 15.6.	psychosocial factors AND back pain AND influence OR impact OR effect	37	28	17	0
PubMed 16.6.	psychosocial* OR psychosomatic* AND back pain AND prognosis NOT drug therap*	40	23	12	2
Medic 16.6.	psykososiaal* OR psykol* AND selkä*	15	12	6	0

Liite 2. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit

Mukaillen Kontion ja Johanssonin Taulukko 2. Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (mukaeltu Suomen Sairaanhoidajaliitto 2004)

	Kyllä	Ei
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus		
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?		
Onko aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti – onko se riittävän innovatiivinen?		
Onko tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?		
Aineisto ja menetelmät		
Onko aineistonkeruumenetelmät ja konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?		
Soveltuuko aineistonkeruumenetelmät tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?		
Onko aineiston keruu kuvattu?		
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tieto tutkittavasta aiheesta?		
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu, saturaatio?		
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?		
Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?		
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys		
Onko tutkija nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta?		
Onko tutkimuksessa käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta?		
Onko tutkija pohtinut eettisyyttä työssään?		
Ovatko osallistajat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai tunnistaako ja ymmärtääkö lukija tutkimustulokset?		
Onko tutkija pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta?		
Tulokset ja johtopäätökset		
Onko tuloksissa uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä?		
Ovatko tulokset esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja onko niitä verrattu aikaisempiin tutkimuksiin?		
Perustuvatko johtopäätökset tuloksiin ja ovatko ne hyödynnettävissä?		
Muut huomiot ja kokonaisarvio		
Muodostaako tutkimus eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden?		

Liite 3. Määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit

Mukaillen Kontion ja Johanssonin Taulukko 1. Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (mukaeltu Van Tulder ym. 1997)

Metodologinen tarkastelun kohde	Esiintyy/ +	Ei esiinny/ -
Sisällytetty voima-analyysi (power analysis included)		
Raportoitu osallistujien tutkimukseen hankkiminen (recruitment reported)		
Esitetty hypoteesit (hypothesis discussed)		
Satunnaistaminen tehty (randomisation)		
Kaikki satunnaistetut osallistujat ovat mukana aineistossa (included all randomized patients)		
Sokkouttaminen on suoritettu (blind assessments)		
a) osallistuja		
b) intervention toteuttaja (intervention provider)		
c) henkilökunta		
d) tutkija		
e) aineistonkerääjä		
Tutkimuksen lähtötilanteessa on tarkasteltu ryhmien samanlaisuutta (adjustment for baseline imbalance)		
Tutkimuksen keskeyttäneet on raportoitu (drop-outs rates reported)		
Katoaineisto on käsitelty (imputation of missing data)		
Keskiarvot ja keskihajonnat on raportoitu (means and standard deviations reported)		

Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen laadunarviointikriteerit

Mukaillen Pölkin, Kääriäisen, Kansteen, Kyngään ja Elon käyttämiä kriteereitä

	Kyllä	Ei
Kuvattu analyysimenetelmä		
Analyysi kuvattu yksityiskohtaisesti		
Analyysimenetelmä perusteltu		
Analyysissä mainittu tutkijoiden määrä		
Viitattujen lähteiden määrä		
Mainittu heikkoudet		
Mainittu vahvuudet		

Tutkimus	Laadun arviointi	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>1. Helmhout, Bart Staal, Heymans, Harts, Hendriks & de Bie.</p> <p>Prognostic Factors for Perceived Recovery or Functional Improvement in Non-Specific Low Back Pain: Secondary Analyses of Three Randomized Trials.</p> <p>2010. European Spine Journal.</p>	<p>7/10 p</p> <p>70 %</p>	<p>Löytää tekijöitä, jotka selittäisivät parhaiten selkävaivoista toipumista.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=273 armeijan henkilökunta</p> <p>Hollanti</p>	<p>Toimintarajoitteet nousivat merkittävimäksi suoraan paranemiseen vaikuttavaksi tekijäksi, liikkumisen pelolla oli ennustava merkitys ja muita vähemmän paranemiseen vaikuttivat esimiehen tuki, vaivan kesto, kollegoiden tuki ja kivun säteily.</p>
<p>2. Ramond, Bouton, Richard, Roquelaure, Baufreton, Legrand & Huez.</p> <p>Psychosocial Risk Factors for Chronic Low Back Pain in Primary Care – a Systematic Review.</p> <p>2011. Family practice: the International Journal for Research in Primary Care</p>	<p>7/7p</p> <p>100 %</p>	<p>Tutkia, mitkä psykososiaaliset tekijät vaikuttavat subakuutin selkävun muuntumisessa epäspesifiksi krooniseksi selkävuvuksi.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>n=18 kvantitatiivista tutkimusta</p> <p>Ranska</p>	<p>Masennus, stressi, passiiviset selviytymiskeinot ja pelko-välttämiskomukset vaikuttivat joskus. Vähemmän vaikuttivat sosiaaliset ja työhön liittyvät tekijät. Potilaan ja hoito-organisaation uskomukset selkävun pysyvyydestä vaikuttivat selkävun kroonistumiseen.</p>

<p>3. Matsu-daira, Konishi, Miyoshi, Isomura & Inuzuka.</p> <p>Potential Risk Factors of Persistent Low Back Pain Developing From Mild Low Back Pain in Urban Japanese Workers.</p> <p>2014. Plos one.</p>	<p>7/10p</p> <p>70 %</p>	<p>Tutkia vaikuttavatko psykososiaaliset tekijät selkävun kroonistumiseen työntekijöillä, joilla lähtötilanteessa lievä alaselkikipu.</p>	<p>Määrällinen, 2 vuoden prospektiivinen kohorttitutkimus, jonka data analysoitiin tässä tutkimuksessa</p> <p>n=1675</p> <p>Japani</p>	<p>Merkittäviä riskitekijöitä selkävun kroonistumiselle olivat vähäinen työtyytyväisyys, esimiesten tuen puute, työstressi, masennus, somaattiset oireet, sairasloma sekä tausta selkävusta perheessä.</p>
<p>4. Janowski, Steuden & Kurylowicz.</p> <p>Factors Accounting for Psychosocial Functioning in Patients with Low Back Pain.</p> <p>2010. European Spine Journal.</p>	<p>6/10p</p> <p>60 %</p>	<p>Tutkia kroonista alaselkikipua sairastavien psykososiaalista toimintakykyä: miten persoonallisuus, sosiaalinen tuki, sairauteen liittyvät tulkinnat ja selviytymiskeinot vaikuttavat psykososiaaliseen toimintakykyyn.</p>	<p>Määrällinen</p> <p>n=120</p> <p>Puola</p>	<p>Selkävun tulkitsemisen esteenä vaikutti psykososiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalisen tuen puute ennusti stressiä ihmissuhteissa ja toimintakyvyttömyyden tunnetta. Persoonallisuuspiirteistä: miellyttävyys vaikutti kielteisesti ihmissuhteissa ja tunnollisuus liittyi selkävun/kiputilan parempaan hyväksymiseen. Ongelmalähtöiset selviytymiskeinot liittyivät parempaan selviytymiseen selkävun kanssa sekä sosiokulttuurisista tekijöistä: korkeampi ikä ja matala koulutustas liittyivät toimintakyvyttömyyteen.</p>

3(3)

<p>5. Dionne, Bourbonnais, Frémont, Rossignol, Stock & Laperrière.</p> <p>Obstacles to and Facilitators of Return to Work After Work-Disabling Back Pain: the Workers' Perspective.</p> <p>2013. Journal of Occupational Rehabilitation.</p>	<p>15/20p</p> <p>75 %</p>	<p>Tarkoituksena selvittää vaikeuksia selkäivun kanssa sekä tärkeimmät esteet ja helpottajat työhön paluuseen.</p>	<p>Laadullinen</p> <p>n=19</p> <p>Kanada</p>	<p>Vaikeudet liittyivät itseen, perheeseen, sosiaaliseen elämään, työhön, toimeentuloon ja hoito-organisaatioon. Tärkeimmät esteet työlle paluulle olivat jatkuva kipu, tiedon- tai tuen puute ja yhteistyön ja ymmärryksen puute esimiehen osalta. Tärkeimpiä helpottajia olivat selkäkipua potevan oma tietoisuus rajoitteistaan ja liikunnan harjoittaminen.</p>
--	---------------------------	--	--	---

